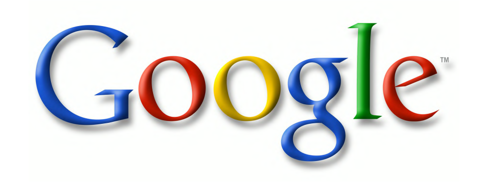
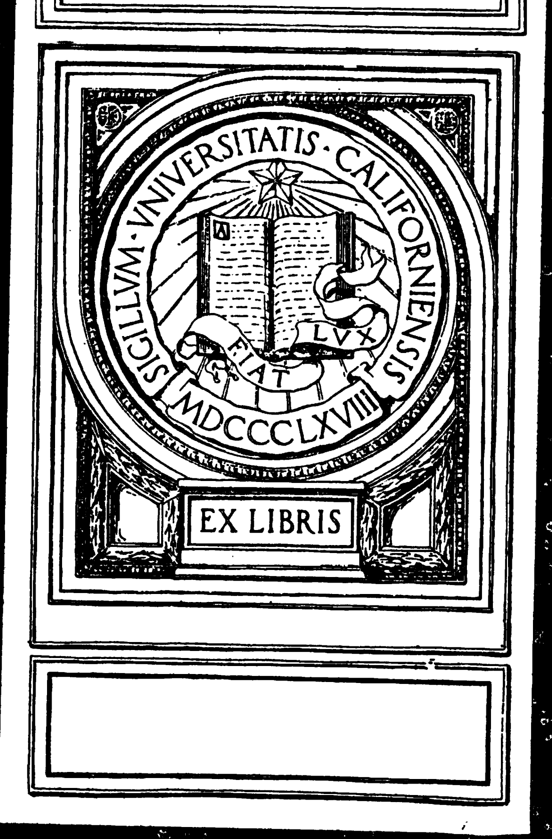

Google


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS



ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

EVREUX, IMPRIMERIE DE CHARLES HÉRISSEY

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE

J.-M. CHARCOT

AVEC LA COLLABORATION DE

MM. ADAMKIEWICZ, AMIDON, BALLET, BERNARD, BITOT (P.-A.), BLAISE, BLANCHARD, BONNAIRE (E.), BOUCHEREAU, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CHARPENTIER, COTARD, DEBOVE (M.), DELASIAUVE, DREYFOUS, DURET, DUVAL (MATHIAS), ERLITZKY, FÉRÉ (CH.), FERRIER, GELLÉ, GOMBAULT, GRASSET, HERVÉ (G.), HUCHARD, JOFFROY (A.), KÉRAVAL (P.), LANDOUZY, MAGNAN, MARIE, MAYGRIER, MAYOR, MIERŻEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NEUMANN, PIERRET, PIGNOL, PITRES, RAYMOND, REGNARD (P.), RICHER (P.), SEGUIN (E.-C.), STRAUS (L.), TALAMON, TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TROISIER (E.), VIGOUROUX (R.), VOISIN (J.), WUILLAMIER

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**

Secrétaire de la rédaction : **CH. FÉRÉ**

Dessinateur : **LEUBA.**

Tome IV. — 1882

Avec 5 planches noires ou en couleur et 20 figures dans le texte.

PARIS

BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*

6, *rue des Écoles.*

1882



Vol. IV. Juillet 1882. N° 10.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PATHOLOGIE MENTALE

CLASSIFICATION DES FOLIES. — DISCUSSION A PROPOS D'UNE PRÉTENDUE MONOMANIE RELIGIEUSE;

Par M. DELASIAUVE, médecin honoraire des hôpitaux.

Nous avons établi, en aliénation mentale, une nomenclature qui a suscité beaucoup de défiance. Mais elle a été plutôt condamnée que réfutée. On ne s'est point donné la peine de la soumettre à une analyse comparative. Chacun a préféré instituer la sienne; ceux-ci, comme Morel, en la basant sur les causes; ceux-là, comme M. Baillarger, la déduisant d'un double phénomène pathologique, *excitation*, *dépression*; d'autres, s'en tenant à la division, plus ou moins modifiée, d'Esquirol; tel Renaudin, notamment, qui, qualifiant d'imprudentes les critiques dont cette division avait été l'objet de notre part, trouvait qu'elle avait puisé, dans ces attaques mêmes, un nouveau caractère de certitude.

[1] Lu à l'Académie de médecine en 1875, ce mémoire, destiné à une autre publication, est resté inédit par des circonstances toutes particulières, indépendantes de la volonté de l'auteur. D.

Cependant les années s'écoulent. L'occasion s'est offerte à nous bien des fois de vérifier et notre classification et la théorie sur laquelle elle repose. Or, nous osons le déclarer, les faits et la controverse, loin de les infirmer, ont, de plus en plus, manifesté à nos yeux l'évidence de l'une et de l'autre. En ce moment, pour un travail, délaissé depuis trente ans, et que nous nous nous proposons de reprendre, nous sommes en quête de documents bibliographiques. Dans ce parcours, le hasard nous a permis de relire une observation des plus curieuses, et qui, dans ses détails, implique la justification la plus complète de nos distinctions.

Peut-être nous saura-t-on gré de la produire et de l'apprécier. Quelques mots, préalablement, en vue de faciliter cette tâche. Pinel, on le sait, admettait quatre genres principaux : manie ou délire général, mélancolie ou délire partiel, démence ou dégradation des facultés, idiotisme congénial ou acquis, ce dernier répondant soit à la stupidité de Georget, de Ferrus et d'Etoc Demazy, soit à l'imbécillité et à l'idiotie proprement dite. Il a mentionné, en outre, une folie raisonnante et une manie sans délire, dont la délimitation est restée indécise.

Au fond, la classification d'Esquirol diffère peu de celle de Pinel, si ce n'est qu'il forme deux catégories du délire partiel, la monomanie et la lypémanie. L'idiotisme acquis devient pour lui la démence aiguë, à laquelle il n'a consacré que deux pages seulement. Non sans hésitation, il groupe, sous le nom très inapproprié de *monomanie raisonnante*, les exemples disparates que son prédécesseur comprenait parmi les manies sans délire, et Prichard, parmi ses folies morales.

Il étudie séparément, il est vrai, les illusions et les hallucinations, l'hypochondrie, le délire épileptique, la démonomanie, etc.; mais, ce que nous allons faire ressortir, ces manifestations, d'origine et de physionomie variables, n'intéressent que secondairement le classement psychologique.

M. Baillarger a débuté par transformer la stupidité en *mélancolie avec stupeur*, sous ce prétexte contestable que l'activité oppressive de l'imagination y jouait le rôle prédominant. Plus tard, il a décrit une *folie à double forme*, étudiée déjà et dénommée par Falret père *folie circulaire*. Alternant dans des phases successives, cette affection, typique en effet, semble avoir suggéré à notre éminent collègue l'idée de ranger toutes les vésanies en un double cadre, selon qu'elles relèveraient de l'*excitation* ou de la *dépression*, lesquelles dominent, tour à tour, dans la folie à double forme.

Morel a cédé à une illusion sensible dans l'établissement de sa classification étiologique. Il s'en réfère à l'hérédité, au délire épileptique, hystérique, ébrieux, saturnin, etc. Mais ces causes sont connues; chacun en tient compte. En revanche, combien d'aliénations, pures névroses, n'offrent d'accessible à l'analyse que l'ensemble et la marche des manifestations phénoménales? Dans les dernières années, notre regretté collègue de Saint-Yon, sous le nom de *délire émotif*, qui n'en indique exactement ni la source ni la nature constantes, a cru révéler une vérité nouvelle. Elle figure, dès 1859, dans notre mémoire sur la pseudomonomanie et, si nous ne nous trompons, le sous-titre scientifique de *délire partiel diffus* qui l'exprime, lui serait beaucoup mieux approprié.

Quant à Renaudin, tout en approuvant fort la dichotomie de M. Baillarger, qu'il utilise en ce qui concerne le jeu de la pensée, des idées et des sentiments, il adhère presque exclusivement à la division d'Esquirol, pour lui irréprochable.

Pour peu que la méditation s'attache aux aspects que reflète l'aperçu qui précède, on est frappé de l'absence d'une loi qui en précise le cachet, les rapports et la subordination. On a vu des types, on les a peints, sans rechercher mentalement la raison de leurs similitudes et de leurs différences. M. Baillarger qui, plus particulièrement, a visé un critérium doctrinal, s'est arrêté lui-même au fait matériel. En quoi consistent l'excitation et la dépression? Où sont leurs limites respectives? Est-il sans exemple qu'une agitation plus ou moins intense coïncide avec une atonie cérébrale? Et, réciproquement, une prostration apparente ne peut-elle dissimuler une activité psychique véritable? Doit-on confondre, enfin, l'oppression avec la faiblesse?

Evidemment, il y a là un point sérieux d'interrogation. De bonne heure, flairant l'écueil, nous avons compris la nécessité de ne pas nous en laisser imposer par les impressions immédiates. Scrutant les faits dans leur intimité, nous nous sommes appliqué à remonter à l'idéal.

Cette investigation, poursuivie sur un grand nombre d'insensés, nous a conduit à constater d'abord des analogies ou des diversités là où un examen brut eût suggéré des termes inverses. La classification, naturellement, devait s'en imprégner. Mais ce résultat ne fut pas le seul. Pour élucider les phénomènes, en dévoiler la formation, en fixer la valeur, il nous a fallu pénétrer dans les mystères du fonctionnement mental.

En même temps que les conditions d'un classement plus rationnel des folies, nous avons entrevu une systématisation psychologique, susceptible de répandre un jour tout nouveau sur l'horizon de notre science.

Issue de l'observation, elle en contient virtuellement toutes les données, que, depuis, nous n'avons cessé de rectifier et de compléter. En quelques mots, de quoi se compose-t-elle? Ce qui saillit immédiatement chez l'homme, c'est la faculté de penser, de raisonner, de vouloir et d'agir. Si quelque chose se dérange dans ce mécanisme, la lésion, évidemment, à cause de l'incessance du travail mental, aura pour signe la généralité et la permanence. L'irrégularité ou l'insuffisance se trahiront, à des degrés divers, sur tous les sujets. De là un groupe d'aliénations générales, dans lequel sont venus se ranger quatre genres principaux : l'excitation maniaque, la manie, la démence, avec ou sans paralysie progressive, et les innombrables variétés d'obtusions psychiques, depuis la stupidité la plus profonde jusqu'aux teintes affaiblies du simple embarras intellectuel.

Mais le pouvoir que nous avons appelé syllogistique ne se crée pas de toutes pièces. Les idées qu'il conçoit, les émotions qui l'impressionnent, les sentiments qu'il éprouve, deviennent les matériaux et les mobiles de ses opérations. Ces éléments lui sont extrinsèques, et, bien que s'engendrant, se correspondant et s'influençant dans des combinaisons infinies, ils ont néanmoins en soi une indépendance respective. Le grain est distinct du moulin qui le broie. Si l'engrenage pèche, la mouture s'en ressentira. Quelque substance qu'on emploie, elle sera inégale, grossière. Dans les cas opposés, le produit dépendra du grain lui-même : irréprochable

ou défectueux, selon que celui-ci sera sain ou avarié.

Par comparaison, ne serait-il pas présumable que certains ordres d'aliénations mentales eussent ainsi leur point de départ dans des impressions maladives, des conceptions vicieuses, des sentiments altérés? Elles auraient, en conséquence, une évolution et des caractères spéciaux. La logique, subsistante, fléchirait sous l'ascendant des incitations pathologiques pour reprendre, non parfois sans une résistance efficace, son empire en dehors de leurs actions. C'est ce qui a lieu, en effet.

Les délires particuliers ont, sous ce rapport, un cachet si saillant qu'on n'a pu échapper à leur constatation. Mais le principe en a été méconnu, ce qu'atteste l'idée comprise dans cette définition : *lésion partielle de l'intelligence.* D'une séparation de fond, on n'a fait qu'une distinction de degré. Les nuages, non éclaircis, ont nui à la découverte d'une classification légitime.

Cette incertitude, dont la plupart n'ont qu'une conscience imparfaite, se reflète, tangible, dans les auteurs. Quoi de plus vague et de plus incomplet que la mélancolie de Pinel? A quels signes précis reconnaître sa *manie sans délire* et sa folie raisonnante? Les genres d'Esquirol ne sont guère mieux délimités. Sa monomanie n'a cessé d'être l'objet de vives controverses. Pour les trois quarts, ses lypémanies appartiennent aux délires généraux. Dans ses faits disparates de monomanie raisonnante, il n'y a rien de systématisé qui justifie la qualification. Ses autres descriptions, si bien faites, portent sur des symptômes ou des formes secondaires que l'on serait fondé à multiplier à semblable titre, sans compter la diversité des cadres dans lesquels devraient entrer les observations. Morel, nous l'avons

vu, de fait supprime les catégorisations psychologiques. Dans un immense chapitre, consacré à la monomanie, Renaudin a rassemblé et commenté, avec un luxe de considérations ingénieuses, une foule d'exemples, sur l'interprétation desquels il y aurait beaucoup à dire.

L'idée qui s'impose généralement, à travers ces divergences, c'est que, dans le délire partiel, les malades, dominés par des impulsions automatiques et des conceptions imaginaires, peuvent, en dehors de la sphère aberrative, raisonner et agir correctement. Des cas attribués à cette forme, un grand nombre sont à retrancher. D'autre part, le cercle dans lequel on se l'est figurée ne renferme pas, tant s'en faut, tous les types qu'elle comprend. Nous en avions eu d'abord l'intuition. Peu importe, répondions-nous aux objections, la quantité des erreurs, si le raisonnement subsiste. L'analyse nous en fournit bientôt une explication plus claire, qu'il nous eût été facile d'induire de la théorie.

La première observation d'où, pour nous, naquit la lumière, fut celle du séminariste Raimbaud, condamné à Aix, pour tentative de meurtre sur un de ses camarades. D'accord sur l'irresponsabilité, les experts hésitaient dans l'attribution du cas, ou au délire général, ou à la monomanie. Raimbaud n'avait ni idée fixe ni impulsions déterminées. Son affection se composait d'une série de paroxysmes comparables à la rêverie de la veille, et où surgissaient, montant comme un flot et se croisant dans son esprit, des sensations étranges, des conceptions bizarres, des raisonnements fortuits. Les sentiments erraient au gré des pensées. Sortant de ces crises, il se voyait avec effroi, étonné, sur la pente du crime ou de la folie.

Ce n'était point de la monomanie, mais une fascination oppressive, vague et incertaine. Les traits de la folie générale ne s'y rencontraient pas d'avantage, puisque, soustrait à son inertie, l'esprit recouvrait aussitôt sa lucidité, même avait conscience des phénomènes. Dans le délire partiel, auquel ce cas appartenait évidemment, il y avait donc autre chose que de la fixité et de la constance. Pourquoi certains spasmes ne susciteraient-il pas des aberrations et des entraînements, mobiles et variables comme eux? L'énigme était dévoilée. Ce genre venait, dans notre nomenclature, remplir une place vide. Il éveillait notre attention sur des situations mentales analogues, que nous avions observées. Nous y entrevîmes même la raison probable de la plupart de ces cas nuageux, diversement qualifiés: *manie sans délire*, *manie ou folie raisonnante*, *folie morale*, *monomanie raisonnante*, *délires impulsifs*, *monomanie homicide*, *suicide*, etc. Pour ces dernières propensions, en particulier, on juge uniquement l'acte, qui souvent n'est, comme on l'a vérifié depuis, qu'une circonstance saillante d'un appareil symptomatique complexe.

Dans une première communication à la Société médico-psychologique, en 1859, nous traçâmes une esquisse du nouveau genre. Les traits qui le distinguent de la monomanie sont nombreux, et présentent un contraste si frappant que, tout d'abord, la pensée nous vint de lui donner, par antithèse, le nom de *pseudomonomanie*, souligné, à dessein, par cet autre titre, plus scientifique, *ou délire partiel diffus*. *Partiel*, n'étant point général, *diffus*, c'est-à-dire opposé, par la fortuité de ses symptômes erratiques, à la systématisation monomaniaque. De plus en plus, la vérité et

la portée de cette démarcation ont fini par apparaître.

Le fait qui a motivé les explications précédentes n'est point, du reste, une pseudomonomanie. Notre nomenclature l'éclaire; il l'éclairait à son tour et en rendait l'exposition doublement nécessaire. Déjà, d'après une observation recueillie par M. Baume, alors interne à Maréville, Morel l'avait cité dans le deuxième volume de ses Etudes cliniques. Renaudin, qui a suivi la maladie après eux, le range parmi ses monomanies religieuses. Nous verrons en quoi il en diffère. Chose singulière! Cette différence qui, ici, lui échappe, l'éminent aliéniste, comme on va le voir, s'en appuie pour rejeter la démonomanie, à l'instar de Macario. « En effet, dit-il, nous rencontrons l'idée du démon aussi bien dans la monomanie que dans la lypémanie. »

Justine Z..., âgée de vingt-quatre ans, a la figure pâle et les pupilles très dilatées. Son regard, immobile, est constamment fixé vers le sol. Peau froide, pouls d'une lenteur extrême, lèvres agitées de légers mouvements choréiques. L'aspect donne l'idée de la chlorose et d'une souffrance générale. Menstruation irrégulière.

Dès ses tendres années, Justine manifeste un penchant décidé pour l'isolement et la lecture des livres religieux. Entrée à quatorze ans aux Orphelines, elle s'y distingue par sa piété et ses succès dans l'étude. A dix-sept ans, on l'envoie à Nancy faire son noviciat à la doctrine chrétienne. Elle en sort à vingt ans, pour aller à Strasbourg en qualité de sœur institutrice des petites filles. Persévérant dans ses habitudes, elle n'avait point cessé de s'absorber dans une vie contemplative. Elle était donc prédisposée.

Un sermon sur la damnation éternelle, prêché par

un prédicateur fameux, jette immédiatement le trouble dans son âme. De l'agitation, des terreurs, suggérées par des hallucinations de la vue, la font renvoyer dans sa famille, où le docteur Ancelon reconnaît les *phénomènes de l'extase et de la catalepsie.*

Le frère aîné caractérise ainsi la marche de l'affection. Des méditations et des abstinences persistantes s'opposent d'abord à toute médication suivie. Elle tombe ensuite dans une léthargie voisine de la mort. Insensibilité, mutisme invincible, qui cèdent peu à peu, après un long temps, à des lavements antispasmodiques. Toutefois, elle mange à peine et n'articule que de rares paroles. A cet amendement très précaire, succède bientôt une recrudescence moins intense, mais dans laquelle la malade rend par la bouche un sang fétide.

Un soulagement plus marqué s'annonce. Justine mange et s'occupe, n'ouvrant la bouche que pour proférer quelques mots, et sans s'intéresser à ce qui l'entoure. Puis les vomissements se renouvellent avec violence, signal d'une divagation évidente.

A l'asile, où elle dut être placée, on ne tarde pas à remarquer, dans la manifestation des symptômes, des alternatives d'excitation légère et de dépression extrême, cette dernière phase formant pour ainsi dire l'état permanent. Excitée, elle gesticule, fait des grimaces, sautille dans un cercle, pousse des cris, pleure et rit sans motif, et parfois se livre à des démonstrations obscènes. L'accablement reprend vite le dessus. Accroupie sur sa chaise, la tête inclinée sur le thorax, les paupières à demi-baissées, Justine accumule sa salive, qu'elle laisse échapper par jets sur son menton et sur ses habits. Debout, l'immobilité persiste. A table, il faut

l'exciter sans cesse pour qu'elle avale ou la soupe ou la viande, qu'elle tient dans sa cuiller ou sur sa fourchette.

Nécessairement, les fonctions générales se ressentent de cette inertie. Règles suspendues depuis dix mois; digestions pénibles, ventre météorisé, vomissements, gencives fuligineuses, etc.

Justine *peut répondre*, même dans ses plus mauvais moments, mais elle le fait avec une laconicité extrême. Souvenirs intacts et conservés. M. Baume observe qu'on *serait porté à croire*, d'après ses faibles explications, que la prostration tiendrait plus de l'extase et de la catalepsie que de la stupidité, dont elle emprunte toutefois les formes extérieures. Les hallucinations, qu'elle ressent encore, ont trait à des faits et paroles de l'Écriture sainte. Le Paradis s'entr'ouvre à ses yeux; elle voit l'échelle de Jacob, échelonnée de créatures divines. D'autres fois, les psaumes de David résonnent à ses oreilles, avec tous les charmes d'une mélodie céleste. Par contre aussi, les spectres de l'enfer l'épouvantent et la torturent. Dans une rêverie, elle s'est crue transformée en un garçon appelé Théodore. Elle en était aise, pour avoir le plaisir de faire ses études chez les Frères.

Renaudin a observé également les deux phases indiquées par MM. Morel et Baume. Celle qui débute, et qu'il nomme initiale, lui semble correspondre à l'état d'anéantissement et de mort apparente. Quand arrive la seconde, le pouls se relève, la face se colore, la physionomie se ranime. C'est l'extase, où de nouveaux rapports s'établissent entre la malade et le monde fantastique de ses hallucinations. Pour lui, l'extase pathologique est arrivée à ses dernières limites.

Morel, aussi peu précis, voit, dans l'espèce, un délire religieux, compliqué d'anéantissement cataleptique.

En quoi consistent l'extase et la catalepsie? Quelle idée, d'autre part, implique le délire monomaniaque? Cela ne ressort guère de l'observation, si on l'analyse. En soi, l'extase est une sorte d'éréthisme nerveux, qui se modifie suivant les causes, les degrés et les complications. Dans son vrai type, assimilable aux accès convulsifs, elle surgit spontanément, ou en vertu d'une disposition morale. Il s'opère, à l'intérieur, un mouvement fortuit de pensées, au préjudice de l'action volontaire sur le dehors. Socrate s'arrêtait, immobile, pour écouter les paroles de son démon familier. Cet état, qui durait chez lui une demi-heure, cesse avec le spasme. Chez le contemplatif, où tantôt l'habitude le ramène à l'improviste, où d'autres fois il continue la méditation, il persiste souvent très longtemps. Le sujet alors ne s'appartient plus. Il assiste, plus ou moins passif, aux scènes fantastiques qui se jouent dans son imagination. Ni régularité, ni cohésion logique. La tension est-elle forte, s'accompagne-t-elle d'un afflux sanguin vers l'encéphale, les sensations, les idées, les sentiments, les aspirations prennent des proportions insolites. On monte au septième ciel, comme saint Paul, on est en proie à une céleste folie, comme sainte Thérèse.

Certaines monomanies peuvent conduire à l'extase ou en naître, sans qu'on soit autorisé à les confondre avec elle. A plus juste titre, doit-on en distraire les phases extatiques que l'on rencontre quelquefois dans les diverses maladies mentales, notamment dans la manie, l'obtusion hallucinatoire, les folies épileptique, hystérique, etc. A Bicêtre, un de nos maniaques, sous-

officier de marine, tombait souvent dans une immobilité de plusieurs heures. Le corps incliné, les yeux fixés vers le ciel, on eût peint en lui un inspiré. Rien ne le tirait de cette situation : ni secousses, ni paroles. Chez deux de nos jeunes garçons, l'attitude était surtout remarquable. L'un se tenait tantôt sur une jambe, tantôt sur l'autre, les bras étendus ou élevés dans des directions variées, et regardant constamment le haut des fenêtres. Par moments, attendri jusqu'aux larmes, il était pris, d'heure en heure, d'un rire involontaire ou laissait échapper quelques mots incohérents. Le second, moins la suspension des jambes, affectait une pose analogue. Il semblait agité de craintes religieuses ; car, à demi sorti de la crise, il réclamait un confesseur. A en juger d'après les réponses, l'essor psychique, dans ces trois cas, était restreint, confus et sans relation avec une disposition mentale antérieure.

Quant à la catalepsie, où l'intensité du spasme nerveux enraye toute manifestation intellectuelle et tétanise les organes externes, l'idée d'en faire une dépendance du délire monomaniaque est au moins singulière. Entre ce degré extrême de la rigidité cérébrale et celui de la simple extase, il y a des intermédiaires nombreux. Ces états mixtes, que j'ai décrits sous le nom d'extato-cataleptiques, marquent bien les diversités proportionnelles de l'oppression. A mesure que la catalepsie l'emporte, le champ de la pensée se rétrécit, son jeu devient moins facile. De plus en plus, le disparate des conceptions et l'obtusion hallucinatoire s'accusent, pour s'effacer et disparaître. Ce caractère, nous l'avons pu constater parfaitement chez un aliéné, à Bicêtre. A des intervalles d'un à deux mois. X... subit tout à

coup la transformation suivante. Tous ses muscles se raidissent. On est obligé de le coucher. Point de mouvements que ceux qu'on lui imprime, avec plus ou moins de résistance. Seulement, les membres et le tronc, incomplètement contracturés, reprennent d'eux-mêmes l'attitude du décubitus dorsal. Peau chaude, humide; face vultueuse, yeux fixes, ouverts, animés. Par intervalles, sa physionomie, pétrifiée, s'empourpre ou se rembrunit, sous l'influence apparente d'un travail de concentration intérieure, qui, parfois aussi, se trahit par un sourire sardonique. On le pince, on le pique, on le secoue, sans éveiller une ombre de sensibilité. Nous le faisons soulever, le dos appuyé sur le bras de deux aides. Des jets rapides et réitérés d'eau très froide dans cette pose ont seuls le don de rompre transitoirement le charme. On obtient de lui quelques réponses monosyllabiques, puis, en moins d'une minute, il retombe dans sa demi-catalepsie.

Cet état a duré de vingt-quatre à quarante-huit heures. Nous l'avons vu persister quatre jours et davantage. La détente s'opérait assez vite. Il ne lui restait qu'un vague souvenir de bruits et de tableaux confus. X...était comptable. En dehors des crises, on l'utilisait dans les bureaux. Il conservait une manie bizarre, une sorte de *tic*. Un contrôleur chimérique collaborait mentalement avec lui. Il leur arrivait fréquemment de ne pas se trouver d'accord sur le résultat d'un calcul. L'un, par exemple, disait cinquante, l'autre quarante-huit. On vérifiait, et si les chiffres différaient encore, X..., posant le sien au crayon, passait outre, en attendant, ce qui avait lieu toujours, que le mystique conseiller reconnût son erreur.

Dans l'observation de Renaudin, les traits ne sont point identiques. Justine Z..., d'une piété exemplaire, avait un goût prononcé pour la méditation religieuse. C'était, sans contredit, un sol propice. Un sermon terrifiant jette le désordre dans ses facultés. Mais quel est le caractère des premiers troubles? S'agit-il d'une monomanie? Justine a des hallucinations de la vue; cela présage plutôt un délire général qu'un délire particulier. Elle rentre dans sa famille, et le docteur Ancelon, appelé immédiatement à la visiter, reconnaît l'extase et la catalepsie, c'est-à-dire, comme nous venons de le démontrer, le contraire d'une systématisation franche.

Le frère déclare que, dans les commencements, elle s'absorbait dans la méditation et refusait la nourriture. Appartenant à des folies d'ordres divers, ces symptômes n'ont ici qu'une valeur relative. On inclinerait de préférence, eu égard à la longue léthargie qui leur succède, à les rattacher au délire général. Il y eut des remittences, mais qu'elles furent précaires! Justine *mangeait un peu* et *articulait quelques paroles*.

A Maréville, la situation, peu modifiée, oscilla entre une dépression habituelle, profonde, et de courtes phases d'excitation et de lueurs raisonnables. L'observation dit bien que, même dans ses plus mauvais moments, Justine est capable de comprendre; mais les signes qu'on en donne se bornent à quelques réponses d'une laconicité extrême et au plaisir que *paraît* lui procurer la vue d'une parente. L'agitation, vraie incohérence maniaque, est un mélange de gestes bizarres, d'actes grotesques ou puérils, de démonstrations érotiques et d'hallucinations religieuses ou autres, sans lien, sans suite. Dans les rémissions, de l'inertie,

aucune initiative. « Justine, dit Renaudin, ne vient point à vous, il faut aller à elle. »

Se représenter l'idéal d'un genre d'après ces données serait difficile. Où le fait pourrait-il se ranger dans notre cadre ? Tout d'abord, nous désintéresserons le délire partiel. Nul indice de la conservation du fonctionnement syllogistique. Le pseudomonomane, soumis aux entraînements morbides, qu'il subit ou auxquels il résiste, jouit de la vie commune, a conscience de son trouble et souvent l'apprécie. Les convictions du monomane, quelle que soit leur origine, conceptive ou hallucinatoire, sont particulièrement motivées. Elles ont une logique fausse, grossière, qui, dans sa sphère, suscite un langage et des déterminations conséquentes. L'erreur commande le raisonnement et, sur les sujets qui y sont étrangers, à moins qu'exclusivement dominatrice, elle n'absorbe l'attention tout entière, le malade cause et agit comme tout le monde.

Ce n'est certes point le cas de Justine. Son affection rentre nécessairement dans la catégorie des délires généraux. Serait-ce une excitation maniaque ou une manie? Elle n'en a, sauf les agitations fugitives qui s'expliqueront tout à l'heure, ni l'exaltation ni la mobilité incohérentes. Sa ressemblance n'est pas plus exacte, soit avec la démence où se trahissent la débilité de la mémoire, la stérilité de la pensée et l'impuissance morale, soit avec la paralysie générale, si curieusement représentée par une confiance béate, des prétentions bouffonnes et une activité remuante.

Elle se case, au contraire, ostensiblement parmi ces obtusions psycho-cérébrales, d'origine si diverse, mais dont les degrés forment la base d'une sous-division

symptomatique commune. Cette division comprend, pour nous, les stupidités profondes, moyennes et légères. Les types ont cela de remarquable qu'ils répondent à des modalités phénoménales analogues. Au point culminant, la réaction est nulle ou réduite à de vagues perceptions internes. Dans l'échelle descendante, il y a deux courants, dont chacun a son effet; car la pensée ici est surtout obscurcie; le lien n'en est pas absolument brisé, comme dans le délire maniaque. Par suite d'une association syllogistique pénible, embarrassée, l'esprit, incapable de remonter à la source du vrai et du faux, subit le mouvement fortuit et des impressions, des sensations, des conceptions, des sentiments, des impulsions qui l'obsèdent, et des raisonnements boiteux, informes, caducs, qu'ils lui suggèrent.

Ce rêve morbide s'empreint dans la physionomie, l'attitude et le langage. Sombre le plus ordinairement, il change parfois de caractère. Une de nos malades, taciturne, était agitée par de vains scrupules et des craintes imaginaires. Un matin, nous la trouvons la figure épanouie. « Je suis contente, moi, je suis guérie. » Elle n'en dit pas davantage. Ce fut son refrain, pendant deux ou trois jours. Les plus étranges conceptions se mêlent ou se succèdent. On est ruiné; les parents sont morts, on est mort soi-même. Des abîmes s'ouvrent sous vos pas. L'enfer, la prison vous réclament; on est jugé, condamné; la police, la gendarmerie sont à vos trousses; on a commis toutes les horreurs, le poison vous menace, etc.

La douche est un excellent moyen de révélation. Sous son impression, un aliéné de Bicêtre, qui refusait de manger, s'écrie qu'il est indigne de la bonne nourriture qu'on lui offre. Ce monstre a assassiné douze personnes.

Son ventre contient sept enfants, qu'il doit à un commerce honteux avec son frère. Il a dans la tête une anguille enroulée entre le cerveau et le crâne. Cédant, il avale quelques cuillerées de soupe, se le reproche et s'arrête.

A ces insanités, les idées normales font concurrence, surtout dans les formes moins accentuées. La raison, la sensibilité, les sentiments naturels semblent renaître avec des sensations positives et des souvenirs exacts. On en est d'autant plus porté à supposer une fixité monomaniaque. Le trouble délirant est susceptible d'enrayer l'essor des facultés. Mais, s'il contribue ici à cet échec, il n'en est pas la cause principale. Il l'aggrave seulement. Diminue-t-il d'intensité, cesse-t-il momentanément de sévir, l'obtusion, primitive, et dont lui-même est le produit, persiste; la clairvoyance ne revient point complète; circonstance patente dans les stupidités très légères.

Tanquerel (des Planches), à propos de la folie saturnine, M. Moreau (de Tours), dans son analyse des symptômes étranges occasionnés par le haschisch, ont pressenti ce mécanisme. L'un et l'autre, sans se l'expliquer, ont constaté la coexistence d'une lucidité apparente avec un désordre mental, quelquefois très intense. Le sujet, selon notre collègue, se dédoublerait en quelque sorte, appartenant par un côté au monde réel, par l'autre au monde fantastique.

Cette dualité, dont notre nomenclature révèle le caractère, mérite, dans l'appréciation pathogénique du cas de Justine, une considération particulière. Elle en fournit la solution. Prenons-le au début. L'effroi peut amener la monomanie. Mais l'effet n'est point immédiat. A l'émotion apaisée, survit une impression qui se répète, une idée qui s'impose, une croyance qui, peu

à peu, s'organise. Plus communément, la confusion due à l'ébranlement continue, si même elle ne suit une marche ascensionnelle. Chez Justine, on ne voit aucune trace du premier état. Les hallucinations signalées par le Dr Ancelon marquent plutôt la phase initiale d'une stupidité assez prononcée. Les exemples en abondent. Après juin 1848, nous recevons à Bicêtre un homme d'une cinquantaine d'années. C'était le concierge d'une maison envahie par des soldats, à la recherche d'insurgés, qu'on croyait y avoir trouvé un refuge. A peine on pouvait en arracher quelques paroles. Il ne sortait de sa torpeur que pour se précipiter en avant vers des fantômes ou, se tournant de côté et d'autre, répondre à des voix imaginaires. Ce délire s'affaiblit et disparut, en moins de quinze jours. Mais l'obscurité mentale ne fut complètement dissipée qu'au bout de six semaines.

L'absorption dans la méditation, l'opiniâtreté dans l'abstinence ont, comme la plupart des symptômes psychiques, une signification double, relative par conséquent aux conditions dans lesquelles on les observe. Se rattachaient-elles à des idées fixes, à une passion consciente, à quelque chose d'enchaîné et de logique? Le silence à cet égard ne permet point de les attribuer à la monomanie. Loin de là. Une pareille concentration intérieure se rencontre fréquemment dans les stupidités, produit d'un pur désordre automatique. La folie consécutive à l'épilepsie nous en offre quotidiennement des spécimens.

Une autre preuve en ce sens résulte de la longue léthargie subie dans la famille. Nul indice d'activité mentale. Le Dr Ancelon soupçonne l'extase ou la catalepsie. Justine n'a ni de la première la pensée errant

dans les régions fériques, ni de la seconde les fortes et permanentes contractions musculaires. Sa torpeur est exclusivement de l'inertie ou de l'oppression cérébrale. A Maréville, ces phases presque constantes d'accablement ont persévéré, passivement accidentées, selon la nature des émotions internes, par des manifestations disparates, d'agitation maniaque, de crainte, de désespoir, d'érotisme, etc.

Renaudin reconnaît lui-même que, dans ce qu'on pourrait appeler des intervalles lucides, l'essor intellectuel, très borné, n'aboutissait jamais à une détermination spontanée et voulue. La modification des aspects se conçoit du reste. Elle dépend des repos et des proportions de gêne de l'encéphale. L'absence d'impressions maladives et de pseudo-perceptions laisse à l'intuition tout son pouvoir. D'autre part, de la stupidité à la manie (également comprises dans les aliénations générales) il n'y a souvent de différence qu'un peu de compression en moins et d'irritation en plus; ce qui explique la transition facile de l'une à l'autre. Le pronostic et le traitement doivent eux-mêmes à l'idiosyncrasie de l'affection des chances relatives. Dans des cas où le cerveau semble entravé dans ses fonctions par les éléments étrangers plus qu'altéré dans sa substance, les guérisons ne sont pas rares. On a vu, sous le coup de secousses morales violentes, après des années, s'opérer des résurrections inattendues. Les agents physiques, unis aux agents moraux, contribuent ici efficacement à la cure.

La monomanie, sans contredit, affecte une allure différente. Dans son chapitre consacré à l'espèce religieuse, Renaudin relate quelques observations qui en

présentent les traits incontestés. Il nous suffira d'en résumer une pour faire saillir le contraste.

Mme K..., après une vie éprouvée, perd son mari, officier supérieur distingué, qui la laisse avec une modique fortune. Elle avait toujours eu des sentiments pieux. Abandonnée par un fils ingrat, elle cède, sans réserve, à ses inclinations religieuses. Elle ne néglige aucune pratique de dévotion, fait des livres saints son étude favorite, se dévoue à des œuvres de charité. Secondée dans cette tâche par un ecclésiastique peu digne de sa confiance, elle épuise ses ressources, emprunte, et, finalement, tombe dans le dernier dénuement.

Dans la voie de déceptions où elle est entraînée, sa raison elle-même fait naufrage. Elle se livre à des extravagances qui motivent son placement à l'asile de Fains. Son délire a l'empreinte religieuse. Sa conversation sur tout autre point ne trahit aucune aberration. Entre-t-elle dans le cercle morbide, tout devient étrange, conceptions et actes. Comme personne ne marche à son unisson, Mme K... se persuade bientôt qu'elle seule possède la vraie doctrine, et que la religion n'est bien entendue, ni par ceux qui l'enseignent, ni par ceux qui la pratiquent. De là son dédain : « Ce sont des fous ou des folles». Le prêtre n'a pas le droit de consacrer; les sœurs communient en blanc; toutes les cérémonies dont elle est témoin dans la chapelle sont ridicules et impies. Dans ses prières ardentes, elle arrive à une douce extase, qui alimente et corrobore ses tendances. Dieu communique avec elle, il la soutient, elle le conserve dans son cœur et il lui accorde le don de protéger en son nom. Aussi se rend-elle dispensatrice de l'assistance divine, quitte à la retirer et à traiter de

folles les personnes qui, par leur dérogation à ses conseils, ne justifient pas un tel bienfait. La vue d'un ecclésiastique l'indispose. Elle s'en détourne, le bras incliné en arrière, comme pour conjurer un maléfice. Son zèle de conversion est parfois intolérable. Les offices divins ont dû lui être interdits. Elle interrompait le célébrant, à qui elle reprochait de profaner les saints mystères. Montait-il en chaire, elle voulait se substituer à lui et prêcher à sa place. Cet état, d'origine ancienne, n'avait point varié.

Quels traits le rapprochent de celui de Justine ? Aucun assurément : ni manie, ni démence, ni stupidité. Le pouvoir syllogistique subsiste. Point de pseudo-mononanie non plus. Rien de diffus, de mobile, ni de suspect à la malade. Son délire se renferme exclusivement dans le cercle circonscrit et invariable de ses fausses convictions. Mme K..., en un mot, subit l'atteinte d'une monomanie ou, plus correctement, d'une folie systématisée; car il n'est guère d'exemples de monomanies limitées à une erreur unique.

Le champ, au contraire, en est quelquefois assez étendu. Une idée appelle une preuve. Tout sentiment se justifie. La défiance, la crainte, conduisent à des suppositions de plus d'un genre qui se transforment en réalités, et, chemin faisant, ces déviations en engendrent d'autres, très distantes souvent du mobile initial. Pour être complexes, ces cas n'en gardent pas moins leur caractère, qui est le logisme, s'exerçant simultanément au profit des manifestations normales et délirantes. Remarquons encore que les convictions morbides ne sont pas toujours tellement assises que la perplexité du doute n'ajoute au tourment qu'elles occasionnent.

Je fus consulté l'an passé, à plusieurs reprises, par une vieille demoiselle de soixante-sept ans qui, sous ce rapport, présente des particularités curieuses. Employée dans une administration publique, elle venait d'être mise à la retraite, moins en raison de son âge que de certaines excentricités dans l'exercice de ses fonctions. C'est une personne d'un esprit distingué, d'une instruction solide et d'une trempe antique. Très pieuse, elle voyait les prêtres et les religieuses. En butte depuis trois ans à des persécutions imaginaires, elle ne vit plus que d'une existence empoisonnée.

Les accidents débutèrent ainsi : elle avait pour confesseur un ecclésiastique, âgé d'environ quarante-cinq ans. Fascinée par son regard, elle se figure être, de sa part, l'objet d'une attention peu séante. Là-dessus, mille réflexions alarmantes. Elle l'évite; mais dans le milieu qu'elle fréquente, elle retrouve partout son influence. Celle-ci se propage au dehors. Dès lors s'ourdit, contre son repos, une trame abominable. Les sœurs se concertent avec le curé pour la faire tomber dans le piège. Ces gens-là sont captateurs de fortunes. Ils visent à s'emparer du peu qu'elle possède. Elle ne veut plus les voir. Sur son passage, elle entend des voix moqueuses. Elle lit sur les visages l'insulte ou la pitié ironique, on devine ses pensées; on la suit dans tous ses actes. Elle songe souvent à avertir l'autorité. Mais où ses ennemis n'ont-ils pas des intelligences? Forme-t-elle un projet, ils en sont instruits et en empêchent à point l'exécution. Ce qui les rend redoutables, c'est qu'ils ont des secrets inconnus pour faire souffrir et arriver à leur but. L'électricité, le magnétisme, d'autres agents occultes, sont en leurs mains. Ils en jouent à

distance ; on lui souffle des odeurs qui lui donnent la fièvre. Son oreille est assourdie de bruits infernaux, qui lui déchirent le tympan. Elle reçoit dans la tête des chocs mortels. Des fusées traversent ses membres, se répandent dans son corps et lui occasionnent, sur différents points, des ébranlements pénibles. Les organes sexuels ne sont pas eux-mêmes respectés. On exerce des frottements sur la matrice ; on y fait passer des courants de feu, on y insinue des morceaux de caoutchouc. On ne sait, en un mot, quelle forme prendre pour perpétuer et renouveler son supplice.

Ses interprétations, toutefois, ne s'imposent pas sans soulever des scrupules. La ménopause a eu ses orages. Malgré l'apparence, la santé n'a jamais été parfaite. Mlle *** était sujette à la migraine. Dès le principe, elle s'est demandé si, jouet de son imagination, elle ne prendrait pas pour indice de malfaisance l'effet d'une maladie nerveuse. D'autre part, ayant ouï que la folie se caractérisait quelquefois par des phénomènes analogues aux siens, elle lit avec avidité plusieurs traités de médecine mentale, scrute et commente particulièrement les observations qu'ils renferment. Elle est naturellement frappée de certaines comparaisons. Elle en délibère, longtemps indécise. Malheureusement, elle finit toujours par conclure qu'elle est une exception à la règle.

Une circonstance récente, sur laquelle elle me consulte dans sa dernière lettre, peint admirablement ce levain d'opposition aux croyances. Au temps des tables tournantes, Mlle ***, comme tout le monde, avait entendu prononcer le nom de spiritisme. Sa mémoire n'en avait conservé qu'un souvenir confus. Elle tombe d'aventure sur deux journaux, où sont exaltées les

merveilles de cette science mystique. Là gît, inévitablement, la solution du problème qu'elle poursuit avec tant de sollicitude. En causant, elle apprend d'une dame amie que l'abbé, son persécuteur, érudit profond, avait une connaissance parfaite du spiritisme. Il était décédé depuis peu. La démonstration est donc complète. L'électricité, le magnétisme, etc., etc., sont relégués au second plan. Elle est victime de cette *science infernale*, qu'elle suppose d'ailleurs originaire de l'Indoustan, et avoir été importée, par des missionnaires, en Europe et en France.

Ce fait, sans contredit, est un des types les plus accusés du délire partiel systématisé. Chez la malade, pas le moindre accablement ni la moindre incorrection de langage, ni aucune de ces transitions de phénomènes qui puissent faire soupçonner la stupidité, à un degré quelconque. Sa raison, dans l'ordre physiologique, se manifeste tout entière. Elle converse, elle écrit avec sa distinction accoutumée. Quant aux erreurs, on les a vues naître, se multiplier, s'enchaîner, s'enraciner par un procédé logique. Leur domination même n'a pas été immédiate, et, en dépit du temps, n'est pas absolue encore. Un recul est peu vraisemblable. Mais la santé corporelle, non gravement détériorée, présage une longévité commune. Dans dix ans, si Mlle *** offre les attributs d'une verte vieillesse, ses aberrations auront chance de se retrouver, au fond, les mêmes que nous les voyons aujourd'hui[1]. Cette similitude

[1] L'an passé, nous avons pu constater la réalité de ce pronostic. Mlle *** vit avec une gouvernante ; celle-ci, pour des intérêts de famille, ayant été obligée de se rendre à Paris, sa maîtresse l'accompagne et s'empresse de me rendre visite pour me remercier de mes bons conseils. Elle s'est résignée et elle se croit guérie. Sa conversation me prouve

importante a été vaguement constatée. On n'en a point tenu compte, faute d'une conception doctrinale. Nous venons d'en montrer le principe. Elle ressort, trait distinctif, des données de notre nomenclature.

CLINIQUE NERVEUSE

NOTE SUR L'ÉTAT DES FORCES CHEZ LES HÉMIPLÉGIQUES;

Par le Dr A. PITRES,
Professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les troubles fonctionnels, qui se produisent dans les membres, consécutivement à une lésion cérébrale, sont beaucoup plus complexes qu'on ne le suppose généralement. Ils ne sont pas, ainsi qu'on serait tenté de le croire d'après les descriptions classiques de l'hémiplégie, exclusivement limités à un côté du corps. Ils portent en réalité sur les quatre membres, mais d'une façon inégale et différente. En général, les membres du côté correspondant à la lésion sont simplement affaiblis. Ceux du côté opposé présentent en outre une indifférence absolue, ou tout au moins une résistance anormale aux incitations volontaires. Les premiers sont faibles, les seconds seuls sont frappés de

qu'au fond, si les souffrances sont tolérables, les conceptions morbides subsistent. Même, je serais étonné si la crainte d'une solitude de quelques jours ne l'a pas décidée à accompagner sa PROTECTRICE. Physiquement, la santé est parfaite. Il en est ainsi de beaucoup de monomanies; on s'y résigne. Elles passent en habitude, mais guérissent très rarement.

paralysie. Or, un membre affaibli n'est pas, par cela même, un membre paralysé. Nous voyons tous les jours des hystériques dont les membres du côté anesthésié donnent une pression inférieure de 10 ou 15 kilogrammes à celle des membres du côté opposé. Cependant ces malades se servent de tous leurs membres sans la moindre maladresse; elles marchent sans hésitation; elles cousent ou brodent avec habileté et ce serait forcer les analogies que de les considérer comme des hémiplégiques, malgré l'affaiblissement très réel et relativement considérable des muscles d'un côté du corps.

Dans une communication récente à la *Société de biologie* (séance du 21 janvier 1882), M. Brown-Séquard a attiré l'attention sur la distribution des troubles *paralytiques* chez les malades atteints d'hémiplégie d'origine cérébrale. Il résulte des observations du professeur du Collège de France, qu'une lésion cérébrale unilatérale ne produit pas exclusivement et invariablement une paralysie des membres du côté opposé. En général, en outre de la paralysie typique croisée, il existerait une paralysie directe légère. Quelquefois aussi, la lésion pourrait déterminer une paralysie limitée à trois membres (les deux membres inférieurs et le membre supérieur du côté opposé) ou aux deux membres inférieurs seulement. Les conclusions développées par M. Brown-Séquard reposent la plupart sur des observations dynamométriques exactes. Mais, exprimées sous la forme que leur a donnée leur auteur, elles suggèrent une idée inexacte sur l'état de la motilité chez les hémiplégiques, et cela, précisément, parce que M. Brown-Séquard n'a pas tenu compte de la différence essentielle qui existe entre l'affaiblissement musculaire et la véritable paralysie.

J'ai fait depuis quelques années de nombreuses recherches comparatives sur l'état des forces et de la motilité volontaire chez les malades atteints d'hémiplégie cérébrale. Je me proposais en les commençant d'étudier les signes cliniques des altérations bilatérales de la moelle, qui, d'après des observations antérieures, se produisent fréquemment à la suite des lésions unilatérales du cerveau[1]. Bien que ces recherches soient encore fort incomplètes à certains points de vue, elles m'ont cependant fourni quelques résultats précis que j'indiquerai très brièvement.

Pour apprécier la force des membres, je me suis toujours servi du dynamomètre de pression ordinaire. Pour le membre supérieur, l'instrument était serré dans la main; pour le membre inférieur, il était placé dans le jarret pendant que le sujet fléchissait de toutes ses forces la jambe sur la cuisse. Il est certain que ce mode d'exploration est imparfait, car il ne fournit d'indication que sur l'état des forces de certains groupes musculaires, mais il donne au moins des indications très précises et comparables sur la force du groupe exploré.

A l'état normal, chez l'homme adulte, la force de pression développée dans les conditions que je viens d'indiquer égale :

Pour le membre	supérieur	droit. .	49 kil. 2
—	—	gauche.	44 kil. 6
—	inférieur	droit. .	32 kil. 5
—	—	gauche.	33 kil. 2

[1] Voyez à ce sujet : *Note sur un cas de sclérose bilatérale de la moelle épinière consécutive à une lésion unilatérale du cerveau.* (Bull. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, mai 1880.) — *Des scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau.* (Gaz. hebd. de méd. et de chir., 1881, p. 429.) — *Nouveaux cas de scléroses bilatérales de la moelle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau.* (Soc. anat., nov. 1881.)

Chez la femme, les chiffres sont notablement moins élevés ; la moyenne est :

Pour le membre	supérieur droit. .	29 kil. 4
—	— gauche.	26 kil. 4
—	inférieur droit. .	19 kil. 4
—	— gauche.	20 kil.

Ces chiffres correspondent à des moyennes établies d'après l'étude des forces chez 40 sujets adultes (20 hommes et 20 femmes). Il résulte de leur comparaison que le membre supérieur droit est sensiblement plus fort que le gauche, tandis que le membre inférieur gauche serait un peu plus fort que le droit. Il convient ici de signaler une particularité assez curieuse. Chez tous les sujets, excepté chez les gauchers, la main droite exerce une pression plus forte que la main gauche. Mais pour les membres inférieurs, il existe des variétés que ne peut exprimer le chiffre moyen. Chez la moitié des sujets environ, le membre inférieur droit est plus fort que le gauche, tandis que chez l'autre moitié le rapport est inverse, c'est-à-dire que la force est plus grande dans le membre inférieur gauche que dans le droit ; de sorte que la moitié des sujets sont à la fois *droitiers* des membres supérieurs et *gauchers* des membres inférieurs.

Toutes mes observations sur les hémiplégiques ont été faites dans les mêmes conditions et avec le même dynamomètre que celles qui ont donné les résultats indiqués sur les sujets sains. Les tableaux suivants reproduisent les chiffres fournis par l'exploration dynamométrique dans quarante cas d'hémiplégie récente ou ancienne, complète ou incomplète.

Hémiplégies droites.

Numéros	NOMS	AGE des MALADES	AGE de L'HÉMIPLÉGIE	MEMBRES SUPÉRIEURS		MEMBRES INFÉRIEURS	
				Droit.	Gauche	Droit	Gauche
			A. Chez les Hommes				
1	Ginet.	56 ans	15 jours	0	28	0	10
2	Souberville.	69 »	11 ans	2	29	8	14
3	Vaugislin.	42 »	Enfance	4	27	16	17
4	Benesse.	29 »	1 an	12	33	5	22
5	Ganal.	63 »	4 ans	21	20	5	20
6	Dubernit.	65 »	8 mois	13	21	10	17
7	Dum...	33 »	8 mois	20	34	19	19
8	Constans.	65 »	17 ans	32	35	16	17
9	Andreau.	76 »	5 mois	18	23	9	12
10	Dupuy.	67 »	6 mois	24	29	13	17
			B. Chez les Femmes				
11	Terrier.	31 ans	14 mois	0	22	0	10
12	Pomici.	29 »	2 »	0	25	0	7
13	Lapiere.	87 »	1 an	0	11	0	3
14	Marot.	72 »	»	4	12	0	6
15	Bourre.	45 »	2 ans	7	15	6	6
16	Marron.	66 »	8 ans	18	18	8	9
17	Seché.	40 »	1 mois	11	17	8	15
18	Capileri.	55 »	Enfance	10	22	9	10
19	Michalet.	59 »	12 ans	17	26	14	14
20	Astrade.	45 »	15 jours	18	26	16	17

Hémiplégies gauches.

Numéros	NOMS	AGE des MALADES	AGE de L'HÉMIPLÉGIE	MEMBRES SUPÉRIEURS		MEMBRES INFÉRIEURS	
				Droit	Gauche	Droit	Gauche
			A. *Chez les Hommes*				
21	Boubreau.	68 ans	12 ans	26	0	12	0
22	Mars.	54 »	4 ans	26	0	16	0
23	Dupeux.	66 »	1 an	22	0	11	4
24	Pinaud.	73 »	6 mois	20	5	21	11
25	Lefèvre.	59 »	4 ans	37	0	26	20
26	Courté.	52 »	6 ans	25	9	14	7
27	Vej...	56 »	5 jours	31	25	13	20
28	Lanusse.	32 »	18 mois	30	25	21	20
29	Davenier.	63 »	5 semaines	32	25	20	16
30	Segalas.	63 »	—	28	26	15	15
			B. *Chez les Femmes*				
31	Labarthe.	62 ans	4 ans	17	0	4	0
32	Videau.	68 »	2 »	17	0	12	0
33	Faure.	63 »	»	22	0	9	0
34	Bachet.	50 »	6 ans	31	0	12	0
35	Marquet.	72 »	1 an	10	4	5	3.5
36	Raphé.	85 »	»	15	11	6	5
37	Chavanier.	55 »	2 ans	21	3	14	7
38	Boyer.	61 »	4 »	24	17	10	8
39	Ber...	57 »	5 »	13	»	non explorés.	
40	Rond...	51 »	3 »	10	»	non explorés.	

Des observations résumées dans les tableaux précédents on peut, si je ne me trompe, tirer un certain nombre de conclusions.

I. — ÉTAT DES FORCES DANS LES MEMBRES DU COTÉ OPPOSÉ A L'HÉMIPLÉGIE

1° *Dans l'hémiplégie d'origine cérébrale les membres du côté opposé à l'hémiplégie sont toujours plus faibles qu'à l'état normal.* Il ne s'agit pas ici d'un phénomène douteux, d'une appréciation difficile ou incertaine, puisque, d'après les chiffres précités, la force de pression développée par les membres du côté non paralysé est en moyenne de 40 à 45 p. 100 au-dessous de la normale.

2° *Dans l'hémiplégie droite, les membres du côté gauche sont proportionnellement moins affaiblis que ne le sont les membres du côté droit dans l'hémiplégie gauche.* Ainsi, dans l'hémiplégie droite, si l'on établit les moyennes sans tenir compte des sexes, on trouve que la perte des forces du côté gauche est de 41 p. 100, tandis que dans l'hémiplégie gauche les membres du côté droit perdent 49 p. 100.

3° *D'ordinaire, du côté opposé à l'hémiplégie, la perte des forces est proportionnellement plus grande dans le membre inférieur que dans le membre supérieur correspondant.* En prenant pour base du calcul l'ensemble des 40 observations rapportées plus haut, on trouve que les membres supérieurs du côté opposé à l'hémiplégie

ont perdu en moyenne 38,5 p. 100 de leur force et les membres inférieurs 50 p. 100. Je n'ai jamais rencontré d'exemple d'affaiblissement manifeste de l'un des membres du côté opposé à l'hémiplégie, l'autre ayant conservé sa force normale. Toujours les deux membres supérieur et inférieur m'ont paru affaiblis. Mais il arrive quelquefois, que, contrairement aux chiffres fournis par les moyennes, le membre supérieur est proportionnellement plus faible que l'inférieur. Ainsi, chez Can... (n° 5), les membres supérieur et inférieur du côté non paralysé donnent chacun 20 kilogr. de pression. Or, le membre supérieur donnant à l'état normal une pression notablement plus forte que le membre inférieur, il résulte de l'égalité observée dans ce cas, que le membre supérieur a été proportionnellement plus affaibli que le membre inférieur correspondant. Chez Pin... (n° 24), le membre supérieur droit non paralysé donne 20 kilogr. et le membre inférieur 21 kilogr. Le premier a donc perdu 59,3 p. 100 de ses forces, le second seulement 32,4 p. 100. Mais les cas de ce genre sont exceptionnels. Le plus souvent le membre inférieur est proportionnellement plus affaibli que le supérieur.

4° *L'affaiblissement des membres du côté opposé à l'hémiplégie est d'autant plus marqué que l'hémiplégie est plus récente.* Cette notion est importante à retenir. Elle prouve que la perte des forces n'est pas un phénomène banal résultant du repos forcé, du séjour au lit, ou de la déchéance générale et progressive de l'organisme. Les choses se passent en général de la façon suivante. Pendant la période apoplectique, toute

exploration dynamométrique est impossible. Quelques jours après, quand le malade a repris ses facultés, la force est très diminuée dans les membres du côté opposé à l'hémiplégie et nulle dans ceux du côté paralysé. Les jours suivants, elle revient graduellement, d'abord dans les membres non paralysés, puis dans les membres paralysés. D'ordinaire, le membre inférieur reprend quelque force avant le membre supérieur correspondant, ainsi que l'ont indiqué Romberg et plus tard Trousseau.

Ce retour graduel des forces est très intéressant à étudier, et peut-être son étude pourra-t-elle fournir, quand elle sera plus avancée, des indications pronostiques utiles. En voici un exemple : Femme S..., trente-huit ans, frappée d'apoplexie avec perte de connaissance le 6 février 1882. Hémiplégie droite avec aphasie. L'exploration dynamométrique fournit :

	8 Février.	17 Février.	2 Mars.	17 Mars.
Membre supérieur gauche.	0	11	21	22
Membre inférieur gauche .	0	10	20	22
Membre supérieur droit. .	0	0	3	13
Membre inférieur droit . .	0	8	13	17

5° *L'affaiblissement musculaire du côté opposé à l'hémiplégie ne s'accompagne pas en général de troubles appréciables de la motilité volontaire.* Les membres ont moins de force, voilà tout. Ils exécutent tous les mouvements voulus avec précision. Ils atteignent exactement, sans hésitation, le but désigné par la volonté. Ils sont faibles, mais ne sont pas paralysés.

Quelquefois cependant, consécutivement à une lésion unilatérale du cerveau, il se produit une impotence

fonctionnelle des deux membres inférieurs, de telle sorte que les malades sont incapables de marcher.

L'analyse des cas de ce genre est très difficile. Si on examine les malades au lit, le membre inférieur du côté opposé à l'hémiplégie paraît normal : les malades peuvent le fléchir, l'étendre, le porter dans toutes les directions, atteindre un but déterminé ; et cependant, si on essaye de les faire lever, ils se tiennent à peine debout, et la marche est tout à fait impossible. Il y a bien évidemment dans ce cas une différence entre l'état de la motilité des deux membres inférieurs, puisque celui du côté paralysé ne peut exécuter aucun mouvement volontaire, tandis que celui du côté opposé peut accomplir presque tous les mouvements voulus par le malade. Mais il semble que les synergies musculaires, que met automatiquement en jeu l'acte de marcher, soient seules troublées, et que l'impotence élective du membre dépende de certaines modifications dans ses rapports avec les centres de coordination médullaire, et non pas de la rupture de ses relations avec l'organe de la volonté.

Jamais aucun phénomène analogue ne se produit dans les membres supérieurs : l'impotence fonctionnelle est toujours exclusivement limitée à l'un d'eux, dans les cas, bien entendu, où la lésion cérébrale est unilatérale.

II. — ÉTAT DES FORCES DANS LES MEMBRES DU CÔTÉ CORRESPONDANT A L'HÉMIPLÉGIE

L'état des forces dans les membres du côté hémiplégié est tellement variable qu'il n'y a aucun avantage

à établir des moyennes pour les comparer à celles de l'état normal ou du côté non paralysé. Dans les hémiplégies complètes, les membres paralysés sont incapables d'exercer la plus légère pression sur le dynamomètre; dans les paralysies incomplètes d'emblée ou devenues incomplètes par le retour progressif des forces, les muscles peuvent avoir recouvré une bonne partie de leur énergie. Entre ces deux degrés extrêmes, on trouve tous les intermédiaires.

La paralysie peut aussi être complète au membre supérieur et incomplète au membre inférieur ou inversement. Il est à peine besoin de rappeler ces variétés qui sont connues de tout le monde et sur lesquelles l'exploration dynamométrique ne peut rien apprendre de nouveau.

Le dynamomètre permet en revanche d'étudier avec une certaine précision le phénomène de *l'association des mouvements dans les membres similaires*. On sait que chez beaucoup d'hémiplégiques un effort exercé avec la main du côté sain amène un mouvement quelquefois très étendu dans le membre supérieur du côté paralysé, sur lequel la volonté n'a plus son action normale. Chez ces malades, la main paralysée développe des pressions différentes selon qu'elle est aidée ou non par la contraction synergique de la main du côté opposé. Si on fait serrer le dynamomètre avec la main paralysée, l'autre main restant ouverte, la pression atteindra un chiffre x; si alors, sans changer l'instrument de place, on recommence l'expérience en disant au malade de fermer en même temps fortement la main du côté non paralysé, l'aiguille du dynamomètre s'élèvera à $x + n$. Il semble qu'il y ait un entraînement

dont la valeur se mesure par une augmentation de force de plusieurs kilogr. Chez Ben... (n° 4), la main droite se contractant isolément donne 7 kilogr.; entraînée par la contraction synergique de la main gauche, elle donne 12 kilogr. Dans ce cas la différence est de 5 kilogr., c'est la plus forte que j'aie observée; le plus souvent elle ne dépasse pas 3 à 4 kilogr.

Le même phénomène d'association se produit dans les membres inférieurs, mais il est moins net et les différences n'ont jamais, dans mes observations, dépassé 1 kilogr. Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que la contraction volontaire du côté paralysé n'entraîne pas, en général, de contractions synergiques dans le côté non paralysé.

Le fait le plus important et peut-être le plus imprévu que révèlent les recherches dynamométriques appliquées à l'étude de l'hémiplégie, c'est que, *dans l'hémiplégie d'origine cérébrale, la force de pression mesurée par le dynamomètre ne donne pas la mesure exacte de l'impotence fonctionnelle des membres paralysés.* Cette proposition, en apparence paradoxale, est cependant appuyée sur un très grand nombre d'observations.

On peut voir dans les tableaux ci-dessus que chez un certain nombre de malades, les chiffres fournis par le dynamomètre sont égaux ou presque égaux pour les deux membres symétriques. Les observations n°s 8, 16, 28 et 30 en fournissent des exemples.

Malgré cette égalité complète ou presque complète de la force de pression dans les membres symétriques, les malades auxquels je fais allusion sont de vrais hémiplégiques, c'est-à-dire que chez eux les membres d'un côté du corps obéissent imparfaitement aux incita-

tions volontaires. Ils peuvent, il est vrai, exécuter avec énergie, du côté paralysé, un mouvement simple comme la flexion des doigts ou la flexion de la jambe sur la cuisse, mais ils sont incapables d'accomplir avec adresse et précision un mouvement volontaire plus compliqué.

On conçoit très bien qu'il en soit ainsi quand il existe des contractures secondaires qui retardent ou gênent l'exécution des mouvements. Mais cela se produit également chez des sujets qui ne présentent pas de contracture appréciable. La femme Mar... (n° 16) est dans ce cas. Ses deux mains donnent chacune 18 kilogr. de pression, et, malgré tout, elle sent que sa main droite est moins habile que la gauche; elle ne peut exécuter avec elle aucun ouvrage délicat; pour boire, elle tient toujours son verre de la main gauche. Chez certains malades, les membres du côté paralysé peuvent même donner une pression plus forte que les membres symétriques du côté opposé (exemples : Cau... n° 5 et Veg... n° 27), bien que les mouvements volontaires ne soient réellement compromis que du côté de l'hémiplégie.

La paralysie, ou pour employer une expression plus précise, l'impotence fonctionnelle, n'est donc pas en rapport direct et nécessaire avec l'affaiblissement musculaire.

L'étude comparative des forces dans les membres inférieurs chez les hémiplégiques qui peuvent marcher et chez ceux qui en sont incapables, confirme cette conclusion. La conservation ou la perte de la faculté de marcher chez les hémiplégiques, n'est pas en rapport avec l'état des forces dans les membres inférieurs. Beaucoup de malades qui peuvent marcher seuls, avec ou sans canne, n'ont qu'une force de pression très modérée dans les membres inférieurs, tandis qu'au

contraire d'autres malades qui ne peuvent faire un seul pas donnent au dynamomètre des chiffres relativement élevés. En voici des exemples : Boy... (n° 38), hémiplégique gauche depuis quatre ans, sans contracture secondaire, se promène seul, sans canne, dans l'hospice et dans la ville. La force de pression des membres inférieurs est cependant relativement faible, à droite 10 kilogr., à gauche 8 kilogr. And... (n° 9), ne développe pas beaucoup plus de force : à droite 9 kilogr., à gauche 12 kilogr.; cependant il marche seul toute la journée et peut sans grande peine monter et descendre les escaliers. — Au contraire Ség... (n° 30) et Lef... (n° 25) ne peuvent marcher, bien qu'ils aient beaucoup plus de force. Seg..., dont les deux membres inférieurs donnent chacun 15 kilogr., est incapable de se tenir debout seul, et, même quand on le soutient, il lui est impossible de faire quelques pas. Lef..., hémiplégique gauche depuis quatre ans, a plus de force encore (M. I. D., 26 kilogr.; M. I. G., 20 kilogr.). C'est un homme actif dont l'intelligence est bien conservée; mais il est obligé de rester assis toute la journée, incapable qu'il est de faire quelques pas, même en s'appuyant sur une béquille ou en se soutenant contre une table.

En résumé, la force de pression ne donne pas la mesure de l'impotence fonctionnelle. Pour apprécier exactement le degré de paralysie d'un membre, il ne suffit pas de connaître l'énergie avec laquelle il peut exécuter un mouvement simple; il faut lui faire accomplir un mouvement délicat ou compliqué exigeant une certaine surveillance cérébrale. On verra alors, non sans étonnement, que tel malade dont la main droite paralysée fournit 20 ou 30 kilogr. de pres-

sion au dynamomètre, mange cependant sa soupe de la main gauche et qu'il est incapable d'écrire, de coudre, d'enfiler une aiguille, etc., bien que ces actes n'exigent qu'un très faible déploiement de forces. De même pour les membres inférieurs qui peuvent avoir la même valeur dynamométrique sans avoir pour cela la même valeur fonctionnelle. J'ai vu plusieurs fois des hémiplégiques dont les deux membres inférieurs développaient exactement la même force de pression, et cependant ces malades ne pouvaient ni se tenir en équilibre, ni sauter sur la jambe du côté paralysé, tandis qu'ils le faisaient sans peine sur la jambe du côté opposé.

En fait, l'état des forces est secondaire. Ce qui est essentiel dans la paralysie cérébrale, c'est la perte absolue ou relative de la motilité volontaire. Toute lésion destructive des régions motrices du cerveau produit un affaiblissement musculaire dans les quatre membres. Mais, en général, les membres du côté opposé sont seuls le siège de l'impotence fonctionnelle absolue ou relative qui caractérise la paralysie. Les membres du côté correspondant à la lésion initiale ne présentent, malgré leur affaiblissement, aucune incertitude, aucune maladresse dans l'exécution des mouvements volontaires. Toutefois cette loi n'est rigoureusement exacte que pour les membres supérieurs. La motilité des membres inférieurs paraît être sous la dépendance moins immédiate et moins exclusive des hémisphères cérébraux que celle des membres supérieurs. Aussi observe-t-on quelquefois à la suite de lésions unilatérales du cerveau des troubles bilatéraux et permanents dans les associations synergiques qui sont nécessaires au maintien de l'équilibre dans la

station verticale et dans la marche. Je me contente de signaler pour le moment cette particularité dont

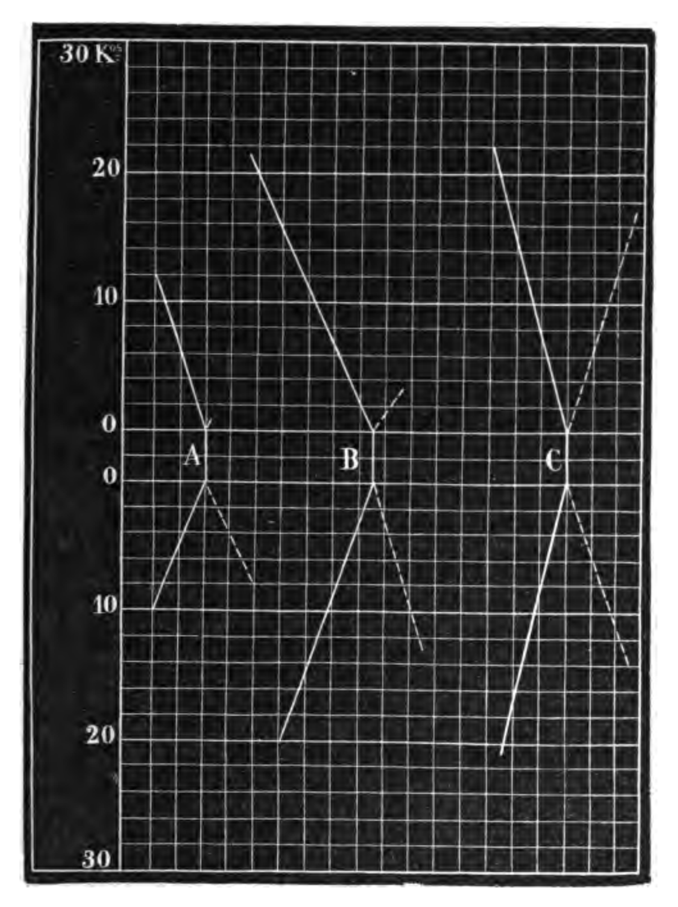


Fig. 1. — Schéma destiné à montrer l'état des forces dans les quatre membres dans un cas d'hémiplégie droite. (Début le 7 février. — A, état des forces le 17 février ; B, le 2 mars ; C. le 3 avril.)

j'essaierai, dans un prochain travail, de fournir l'interprétation anatomo-physiologique.

PATHOLOGIE NERVEUSE

NOTE SUR L'ÉTAT DE LA PUPILLE CHEZ LES ÉPILEPTIQUES EN DEHORS DES ATTAQUES;

Par PIERRE MARIE, interne des hôpitaux.

Dans un mémoire publié en février 1882 (*American Journal of Neurology and Psychiatry*, n° 1) M. Landon Carter Gray (de Brooklyn) déclare, ainsi qu'il l'avait déjà fait en octobre 1880 (*Americ. Journ. med. Sc.*) que chez les épileptiques la pupille présente *en dehors des attaques* des caractères spéciaux.

Notre maître, M. le professeur Charcot, nous a engagé à vérifier le fait sur les épileptiques de son service. Nous donnons tout d'abord une analyse rapide du mémoire de L. C. Gray.

Cet auteur a constaté qu'*en dehors des attaques* les pupilles des épileptiques sont toujours plus ou moins *dilatées*, même avec une lumière vive, et qu'elles éprouvent, sous l'influence des variations de lumière, des *changements de diamètre beaucoup plus rapides* que celles des individus sains. — Sur les soixante-trois épileptiques examinés par l'auteur deux seulement ne présentaient pas ce symptôme, mais c'étaient des vieillards de soixante-cinq à soixante-dix ans, dont les pupilles étaient, par suite de leur âge même, beaucoup moins mobiles.

L'auteur considère ce symptôme comme ayant une valeur suffisante pour permettre en l'absence d'autres signes de faire le diagnostic entre l'hystérie et l'épilepsie, ou de reconnaître l'existence du mal comitial chez les individus dont on n'a pu observer les attaques. — Ainsi, *dilatation manifeste*, *variations plus rapides*, tels sont les caractères attribués par L. C. Gray aux pupilles des épileptiques.

Lorsque nous nous sommes mis en devoir de procéder à la vérification du fait avancé par L. C. Gray, nous avons été tout d'abord frappé d'une chose, c'est que l'auteur n'indiquait ni l'intensité de lumière, ni le procédé de mensuration employé dans ses recherches.

Désirant échapper nous-même à un reproche analogue, nous avons cherché à faire nos mensurations dans des conditions toujours comparables à elles-mêmes, et faciles à reproduire.

Tout d'abord, pour ce qui concerne l'*intensité* de lumière employée, nous avons opéré de la façon suivante : la malade est placée dans une chambre noire dans laquelle il n'y a, comme source de lumière, que deux bougies stéariques ordinaires placées l'une à droite, l'autre à gauche de la malade; chacune de ces bougies est éloignée de quarante-cinq centimètres de l'œil correspondant et ses rayons tombent sur la cornée suivant un angle de 45° par rapport à l'axe visuel. — Pour éviter le rétrécissement de la pupille, qui pourrait être dû aux efforts d'accommodation, on engage la malade à regarder un point peu brillant situé à l'autre extrémité de la chambre noire. Mais en même temps que nous examinions les pupilles par cette méthode, nous recherchions aussi leur état à la lumière du jour. La

malade était dans une pièce éclairée par deux rangées de fenêtres; toutes les fenêtres sauf une étaient fermées par des rideaux de toile écrue; la malade était placée à trois mètres de la fenêtre laissée libre qui donnait sur une cour plantée d'arbres encore peu garnis de feuilles; temps clair, mais légèrement couvert; les mensurations ont eu lieu en trois jours différents.

Maintenant que nous avons exposé les conditions d'intensité lumineuse dans lesquelles nous avons opéré, il nous reste à indiquer par quel procédé nous avons fait les mensurations.

Ce procédé est celui recommandé par Hutchinson (*The Brain*, vol. I). Il consiste à prendre comme échelle des pupilles une filière de sondes, et à l'appliquer près de l'œil à examiner; on compare alors la pupille aux différents trous qui composent la filière et on arrive facilement à trouver celui dont les dimensions s'en rapprochent le plus; on n'a plus qu'à lire le numéro et à en déduire le diamètre ce qui est facile si on se sert d'une filière graduée par tiers de millimètres comme celle d'Aubry dont nous avons fait usage.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivé sur cinquante-trois femmes épileptiques appartenant toutes au type classique.

DIAMÈTRES en millimètres.	LUMIÈRE DU JOUR.	LUMIÈRE ARTIFICIELLE dans la chambre noire.
3 »	3	»
3 1/3	3	»
3 2/3	7	2
4 »	4	5
4 1/3	3	4
4 2/3	4	3
5 »	3	2
5 1/3	6	5

DIAMÈTRES en millimètres.	LUMIÈRE DU JOUR	LUMIÈRE ARTIFICIELLE dans la chambre noire.
5 2/3	2	2
6 »	10	6
6 1/3	4	3
6 2/3	2	11
7 »	1	4
7 1/3	»	5
7 2/3	1	2
8 »	»	1

Dans une autre série d'expériences nous avons cherché quel était le diamètre de la pupille chez dix infirmières en bonne santé; en les plaçant dans la chambre noire avec la même intensité de lumière, nous avons trouvé que ce diamètre était de :

DIAMÈTRES EN MILLIMÈTRES	NOMBRE DES SUJETS
4 1/3	1
5 2/3	1
6 »	2
6 1/3	2
6 2/3	1
7 2/3	2
8 »	1

C'est-à-dire que la moyenne du diamètre de la pupille chez les sujets sains serait de 6 1/3, bien entendu avec l'éclairage que nous avons indiqué. Ce chiffre concorde d'ailleurs complètement avec celui que Follin attribue à la pupille normale (*Traité de pathologie externe*, t. IV, p. 205).

On voit que nos mensurations sont loin de confirmer les faits avancés par L. C. Gray; bien au contraire, s'il nous fallait absolument conclure dans un sens nous devrions plutôt admettre que chez les épileptiques la pupille est rétrécie. Mais nous ferons remar-

quer toutefois que, parmi nos malades, un certain nombre sont âgées de plus de cinquante ans et ont par cela même une tendance au rétrécissement de la pupille, tandis que c'est chez les malades jeunes que nous avons rencontré les pupilles les plus larges. C'est ainsi que, si nous prenons les dix malades dont les pupilles avaient dans la chambre noire un diamètre de sept millimètres et au-dessus, nous constatons que

7 sont agées de 20 à 25 ans.
2 — — de 28 ans.
1 — — de 35 —

Nous joignons d'ailleurs à notre travail un tableau de l'âge des malades que nous avons examinées.

De 20 à 30 ans.	21
De 30 à 40.	8
De 40 à 50.	7
Au-dessus de 50.	17

Parmi ces dernières, une était âgée de soixante-dix-sept ans, une de soixante-neuf, une autre de soixante-sept ans.

Quant au second caractère attribué par L. C. Gray à la pupille des épileptiques, la rapidité plus grande de sa contraction, nous déclarons qu'il ne nous a pas été donné de l'observer chez une seule des malades que nous avons examinées.

Ajoutons que sur nos cinquante-trois malades, nous en avons rencontré huit chez lesquelles existait une inégalité manifeste des pupilles ; dans six cas c'était la pupille droite qui était plus large que la gauche ; cette inégalité des pupilles était d'environ 1/3 de millimètre ;

dans deux cas elle allait jusqu'à 2/3 de millimètre, nous nous bornons à signaler le fait, n'étant actuellement en état d'en tirer aucune conclusion.

MÉDECINE LÉGALE

EXTRAIT D'UN RAPPORT DE MM. LUNIER, FOVILLE ET MAGNAN, AYANT POUR OBJET : 1° DE DÉTERMINER LES CARACTÈRES SPÉCIAUX DU DÉLIRE CHEZ UN MÉLANCOLIQUE, QUI DANS UN ACCÈS D'AGITATION A CAUSÉ LA MORT D'UN DE SES AMIS ; 2° D'INDIQUER LES MESURES A PRENDRE A L'ÉGARD DE CE MALADE SÉQUESTRÉ DEPUIS NEUF ANS ;

Par V. MAGNAN.

G..., âgé de cinquante-trois ans, d'une santé physique robuste, d'une complexion un peu forte, d'un tempérament sanguin, est père de deux garçons bien portants et d'une fille mariée depuis huit ans et sans enfants ; ses parents, morts à un âge avancé, avaient joui d'une bonne santé ; toutefois, une tante paternelle a été frappée pendant douze ans d'aliénation mentale. Quant à lui, appelé le 1er décembre 1847 aux fonctions d'instituteur public dans la commune de Brunvillers, il s'était toujours bien acquitté de sa tâche et n'avait rien présenté de particulier jusqu'en 1872. A cette époque, il perd en trois mois, son père, une tante et

sa femme; ces deuils successifs l'impressionnent vivement; son sommeil se trouble, le travail lui paraît plus pénible et plus fatigant, et sentant ses forces diminuer, il croit devoir recourir, à titre de stimulant, à l'usage de boissons spiritueuses; il prend de l'eau-de-vie tous les matins et sans jamais arriver à la dose ébrieuse, il se soumet à cette mauvaise hygiène qu'adoptent parfois des gens réputés sobres, qui n'est point assurément le propre de l'ivrogne, mais qui, néanmoins, devient peu à peu un des modes d'empoisonnement alcoolique des plus efficaces. Quoi qu'il en soit, la prédisposition maladive, jusque-là latente, trouve dans le concours fâcheux de ces circonstances, chagrins répétés et excès de boissons, des causes déterminantes suffisantes pour se traduire par un accès mélancolique avec hallucinations pénibles, scrupules, craintes de damnation et idées de suicide. Dès le commencement de janvier, il se montre découragé, il n'a plus de forces, il se croit incapable de continuer ses occupations, et l'avenir pour ses enfants et pour lui s'offre sous les apparences les plus lugubres. Peu à peu il s'imagine être la cause de la mort de son père, de celle de sa femme; il croit porter malheur à ceux qui l'entourent; il se reproche tout événement fâcheux dont il entend parler, et il croit avoir amené les désastres de la France. Progressivement l'excitation augmente, il est maudit, se dit le démon, l'Antéchrist; il sent sur son corps et autour de lui des odeurs de soufre; il doit en finir, dit-il, avec la vie, il se précipite sur le sol et se contusionne le crâne et la face. Des périodes de calme succèdent à l'agitation, mais il reste toujours sombre, en proie aux mêmes préoccupations pénibles.

Entré à l'asile de Clermont le 26 janvier 1873, les phénomènes aigus disparaissent en quelques jours, mais n'en laissent pas moins du malaise cérébral et une certaine tristesse. Toutefois, au bout d'un mois, très désireux de revenir chez lui, le convalescent obtient sa sortie par l'entremise et sur les instances du maire et de M. Lefèvre, curé de sa commune. Rentré à Brunvillers, le 27 février 1873, il est logé au presbytère où il prend également ses repas. L'amélioration s'affirme de plus en plus, et G..., au bout de quinze jours, se sentant plus solide revient chez lui avec sa mère et sa fille et essaye de s'occuper de la classe; mais les idées sont moins nettes, le travail plus pénible et la fatigue arrive plus vite. Le découragement ne tarde pas à se produire de nouveau, l'insomnie revient, et G..., vers la fin de mars, s'installe encore une fois au presbytère auprès du curé qui, malgré ses soixante-seize ans, veut lui donner des soins. Les troubles cérébraux augmentent, le malade ne dort pas, et devient de plus en plus inquiet. Dans la nuit du 5 au 6 avril, l'agitation s'accuse davantage; G... sort de sa chambre en chemise, marche à grands pas dans le corridor, parlant, criant, demandant de l'air, prétendant qu'il étouffe et cherchant à ouvrir les portes. Le curé accourt pour l'empêcher de sortir, et, probablement poussé par le malade, tombe à l'extrémité du couloir.

Au bout de quelques instants, suivant la déposition de l'abbé P..., couché également au presbytère dans la chambre voisine de celle du curé, G... se mit à gémir, à se lamenter et vint près de l'abbé P..., s'écriant : « J'ai tué mon rédempteur »; on accourt et l'on

trouve, en effet, le curé étendu sans vie, la face contre terre, une plaie à la région frontale gauche, et les narines remplies de sang coagulé; tout à côté une large plaque de sang s'étale sur les dalles en briques du corridor.

D'après le rapport de M. le docteur Bernard, concordant du reste avec la déposition de M. l'abbé P..., il ne semble pas y avoir eu de coups, ni de violences. M. Bernard, dit en effet, dans ses conclusions : « Des faits et observations qui précèdent, je crois pouvoir conclure que la mort est le résultat du choc de la tête sur l'angle de la première marche de l'escalier du grenier déterminé par la chute du corps sur cette partie. »

Et plus loin, M. Bernard ajoute : « L'absence de lésions sur les autres parties du cadavre me fait supposer qu'il n'y a pas eu de lutte ».

Tel est l'événement regrettable qui a précédé la seconde séquestration du malade à l'asile de Clermont ; comme après sa première entrée, les accidents aigus, les lamentations, les angoisses, les terreurs, ont eu peu de durée, mais le malade est longtemps resté sous le coup d'une profonde tristesse, il se montrait sombre, taciturne, méfiant; ses facultés paraissaient oblitérées et ce n'est qu'à la longue, au bout de trois à quatre mois, qu'il s'est rendu compte exactement de sa situation.

Depuis lors, jusqu'en 1879, les notes médicales le constatent, il est survenu des phases dépressives alternant parfois avec de l'excitation; mais ces accès diminuant progressivement de durée et d'intensité n'ont plus reparu depuis 1879, ainsi que le constate

le docteur Frièse, à la date du 6 décembre 1880, dans son rapport qui se termine par cette conclusion : « Cependant, vu la longue rémission à laquelle nous venons d'assister sans qu'il ait rien présenté d'anormal dans sa raison, nous pensons qu'on peut acquiescer au désir de ses enfants de le voir revenir au milieu d'eux, en les obligeant à surveiller leur père, à ne jamais l'abandonner complètement à lui-même. Néanmoins, nous ne voulons encourir aucune responsabilité pour cette sortie. »

Depuis cette époque seize mois se sont écoulés et l'état mental de G... n'a subi aucune atteinte; entré au bureau d'admission le 1er mars 1882, rien dans sa tenue, sa conduite, ses réponses, ses écrits, n'a révélé de désordre dans les facultés intellectuelles morales ou affectives; il nous a même été donné d'assister à une sorte d'épreuve en faveur de la résistance des forces mentales de G... Le 18 mars, en effet, il a été pris d'embarras gastrique fébrile, et malgré une fièvre intense, de la dépression physique, l'équilibre n'a pas été rompu et l'intelligence n'a subi aucune atteinte.

De ce qui précède, nous pensons devoir conclure :

1° Que G... a été atteint en janvier 1873 d'un accès mélancolique auquel des causes accidentelles, la mauvaise hygiène et les violents chagrins ont donné une plus grande activité;

2° Que le malade, sorti à peine convalescent et rendu au même milieu, a été promptement repris des mêmes troubles intellectuels;

3° Que l'événement malheureux qui s'est produit

n'est qu'un accident dans le cours d'un accès vulgaire de mélancolie, et non le résultat d'une impulsion liée à une forme particulière de folie instinctive ;

4° Que G... soit rendu au tuteur, son frère, qui le réclame, en attendant que l'interdiction prononcée par le tribunal soit levée, ce que permettrait l'état mental actuel de G..., s'il croyait devoir en faire la demande.

RECUEIL DE FAITS

Notes et observations sur la microcéphalie ;
Par Bourneville et Wuillamié.

Notre but n'est pas d'entreprendre, quant à présent, une monographie didactique sur la microcéphalie, mais de placer sous les yeux de nos lecteurs plusieurs faits qui nous paraissent propres à éclairer cet intéressant sujet. Toutefois, avant d'aborder l'exposé du premier cas que nous avons observé, il nous semble utile de rappeler deux des travaux les plus importants, faits dans ces derniers temps sur la *microcéphalie*. Le premier, dû à l'un des hommes les plus éminents de notre époque, Charles Vogt, est intitulé : *Mémoire sur les microcéphales ou hommes singes*[1] ; — l'autre, élaboré sous les yeux de Broca, a pour auteur E. Ducatte et porte le titre suivant : *La microcéphalie au point de vue de l'atavisme*[2].

[1] Genève, 1867. In-4° de 210 pages et 26 planches noires.

[2] Thèse de Paris, 1880. In-4° de 96 pages.

OBSERVATION. — *Père, oncle paternel et frère alcooliques. — Mère : pertes de connaissances mal caractérisées. — Grand'mère maternelle : carcinome. — Autre frère : aliéné. — Excès de boissons. — Premier accès d'épilepsie consécutif à une peur à dix-huit ans; délire consécutif; deuxième accès à quarante-sept ans. — Troisième à cinquante ans. — Vertiges, hallucinations de la vue. — Intelligence médiocre. — Microcéphalie. — Suicide. — Poids de l'encéphale : 770 grammes. — Simplicité des circonvolutions cérébrales.*

Chér... (Philibert-Auguste), âgé de cinquante-neuf ans, boulanger, puis infirmier, est entré à Bicêtre le 25 mai 1872 (service de M. BOURNEVILLE).

Antécédents. — *Père*, boulanger, alcoolique (vin blanc), mort d'un asthme symptomatique de bronchite chronique avec emphysème à l'âge de soixante-quinze ans; il avait des varices considérables; il n'aurait pas eu d'autre maladie. [Deux *frères*; le plus jeune est mort prématurément, on ne sait de quoi. L'autre a succombé à des *excès de boisson* (vin blanc). — Aucun renseignement sur les grands parents paternels.]

Mère : elle travaillait avec son mari ; elle était maladive. Vers l'âge de quarante à quarante-cinq ans, elle fut, durant trois ou quatre ans, sujette à des *crises* caractérisées de la façon suivante : elle tombait n'importe où, devenait très rouge, mais n'écumait ni ne se débattait. On prétend même qu'elle ne perdait pas connaissance (?). On attribuait ces accidents à la « *force du sang* » ; ils cessèrent à la suite d'une couche. Très active, prompte à se mettre en colère, elle n'avait cependant jamais été sujette à des attaques de nerfs ; morte percluse de douleurs, aveugle et atteinte d'anasarque ; on ignore les maladies qu'elle a pu faire ; elle avait deux hernies, dont l'une s'étrangla à soixante ans et fut opérée avec succès. [*Grand'mère* maternelle morte d'un carcinome de la cuisse; *grand-père* mort de vieillesse à quatre-vingt-huit ans et demi. Deux *sœurs*, l'une bien portante, mère de sept enfants en bonne santé; l'autre morte en couches à quarante-sept ans. Un *frère* mort de fièvre typhoïde.]

Pas de consanguinité. Le mari n'avait qu'un an de plus que sa femme.

Trois enfants. 1° Notre malade; 2° un garçon rhumatisant, qui avait « *une espèce de goutte* »; il est mort à quarante ans à la suite d'*excès de boisson* (absinthe) ; ses enfants se portent bien; 3° un garçon très maladif « *aurait un peu perdu la tête* » à un moment donné, à la suite de chagrins de famille, mais cela « lui aurait passé », au moment où il allait entrer à Charenton. On ne connaît pas d'autre membre parmi les ascendants ou descendants ayant été sujet à quelque maladie nerveuse.

Notre malade. Bonne santé habituelle, a eu la rougeole, la variole et un abcès de l'oreille. Pas de convulsions ni de cauchemars, ni d'incontinence nocturne d'urine dans son enfance; il n'était pas non plus peureux et n'avait eu aucune espèce de manifestation nerveuse. Caractère vif, et suivant lui, courageux à l'ouvrage. Il dit que, pour son commerce, il était *obligé de boire beaucoup* (vin blanc), mais qu'il ne se grisait pas. Il n'a jamais été très porté pour les femmes, partant pas d'excès vénérien; il fume pour 1 fr. 50 et prise pour 25 centimes de tabac par semaine.

Le *début* de la maladie remonte à l'âge de dix-huit ans. C'est en effet à cette époque que, sous l'impression d'*une vive frayeur* (voleur caché dans la chambre à farine de son père), il eut sa *première crise* : il tomba privé de connaissance, et se débattit beaucoup pendant 7 à 10 minutes, puis il reprit connaissance, eut un peu de délire pendant environ une heure et s'endormit (c'était à minuit). Le lendemain il ne restait qu'une grande fatigue. Cela paraît avoir été un accès d'épilepsie. Telle est l'origine du mal; quant à son évolution, les renseignements fournis par le malade à son entrée (1872), diffèrent un peu de ceux qu'il nous a donnés dernièrement.

En 1872, il disait à M. J. Falret, qu'à la suite de ce premier accès il s'en serait reproduit d'autres tous les jours pendant un an; puis tous les huit jours pendant six mois; puis de nouveau tous les jours, offrant ainsi une sorte d'intermittence. A nous, au contraire, il déclare que son premier accès a été unique, et que ce n'est qu'à l'âge de 46 ans, en 1869, qu'il a eu son deuxième accès. Nous sommes porté à admettre de préférence cette dernière version : en effet Chér... a été soldat durant quinze ans et il est probable qu'on ne l'aurait pas gardé aussi longtemps s'il avait eu des crises nerveuses. Un autre fait viendrait à l'appui de cette opinion : en 1863, il est déjà venu à Bicêtre après avoir passé par la Préfecture de police; au bout de trois mois, il a été transféré à l'asile d'Armentières, et aucun des certificats consignés sur les divers registres ne mentionne l'existence de crises convulsives observées à cette époque.

Ce serait donc en 1869 qu'il aurait eu *son deuxième accès*. Il était infirmier à Saint-Antoine; en rentrant un soir, il se sentit tout à coup mal à l'aise, et craignant quelque accident, il alla demander dans un poste qu'on le reconduisit à l'hôpital. Il se tenait à peine sur ses jambes et pourtant il n'avait pas bu. Arrivé à la grille, il tomba privé de connaissance, assez brutalement pour casser un banc et se meurtrir les jambes. Ce deuxième accès fut semblable au premier, et suivi d'un délire de deux jours. Le *troisième accès* survint en 1872 alors qu'il retravaillait de son premier état, et fut suivi d'un 4[e] quelques heures après. Cette fois pas de délire consécutif. Il fut obligé de quitter sa place et entra comme infirmier à la Pitié. A ce moment, la maladie prit une marche rapide, Chér... tombait cinq à six fois par jour; il fut envoyé à Bicêtre par M. Féréol.

Durant les premiers mois de son séjour à l'hospice, on nota seulement de *nombreux vertiges* (15 à 20 par jour) et des *hallucinations* pendant la nuit : « la lumière de la salle lui apparaît comme une aile de moulin qui tourne; il voit aussi le voleur, etc. » Il est encore fait mention sur les registres auxquels nous empruntons ces détails, de tremblement de la main, de fourmillements à la plante des pieds. Si on faisait regarder à Chér... le plafond ou fermer les yeux, il tombait. Quand il marchait, il jetait la jambe, ses bras lui faisaient l'effet d'être de plomb; il se plaignait enfin d'un affaiblissement de la mémoire. — Les accès ont eu la marche suivante :

En 1872.	10 accès.
En 1873.	201 »
En 1874.	15 »
En 1875.	1 »
En 1876.	» »
En 1877.	1 »
En 1878.	» »
En 1879	» »
En 1880	» »
En 1881	» »

Etat actuel (16 août 1881). — Le malade n'ayant plus d'accès depuis plusieurs années, demande à passer dans l'une des divisions de l'hospice, afin d'avoir plus de liberté. Avant de procéder à ce passage, nous avons pris les renseignements qu'on va lire :

Tête remarquablement petite, aplatie latéralement, oblongue, vertex assez saillant; *microcéphalie* évidente à première vue.

Diamètre antéro-postérieur (compas Budin).	17 cent.
Diamètre transversal.	12 cent. 2.
Circonférence de la calotte.	48 cent.[1].

La *calotte crânienne* paraît très petite par rapport à la totalité de la tête, si bien que celle-ci représente un ovoïde à petite extrémité supérieure, à grosse extrémité correspondant aux angles du maxillaire inférieur. Le *front* est peu haut (4 cent.), assez large (14 cent.), très fuyant latéralement, il n'est pas aplati sur la ligne médiane et offre la disposition de la grosse extrémité d'un œuf. Les arcades sourcillères sont peu saillantes.

Face régulière; *nez* aquilin et fort; *yeux* ordinaires, iris gris-bleu, pupilles égales; *dents* bien rangées et petites; *voûte palatine,*

[1] On verra plus loin, à l'autopsie, que la circonférence du crâne était beaucoup moindre, ce qu'explique l'épaississement exagéré du cuir chevelu.

régulière, symétrique, assez profonde; *voile*, *piliers*, *amygdales* réguliers; *luette* très longue. — *Cou* normal. — *Thorax*. L'épaule droite est portée plus haute que la gauche. Les *membres supérieurs* et *inférieurs* sont bien conformés; il y a une légère atrophie de la jambe droite, qui, autrefois, a subi une *triple fracture* et que le malade tient continuellement serrée par une bande circulaire « pour la soutenir » : l'*humérus* aurait aussi été fracturé une fois; il n'y a pas de cal manifeste. Au bras droit, cicatrice d'une balle reçue en Afrique, laquelle aurait traversé le biceps.

Organes génitaux : verge très développée, testicules assez gros. Hernie inguinale droite, maintenue par un bandage.

Digestion. — Appétit bon, digestion facile, pas de vomissements, pas de gastralgie, pas de diarrhée, selles régulières; *rate* et *foie* normaux. — *Respiration* : quelques râles sous-crépitants fins aux deux bases des poumons en arrière, sonorité normale. — *Circulation* : peut-être un léger souffle au premier temps et à la pointe; battements du cœur réguliers.

Sensibilité générale normale et égale des deux côtés du corps. — *Vue* un peu basse depuis quelque temps, mais juste; *ouïe*, *odorat*, *goût*, conservés et normaux. — *Force dynamométrique* (Mathieu) : main droite, 37 kil.; main gauche, 40 kil. — *Taille* : 1 m. 61; *poids*, 52 kil. 7.

Peau. — Cheveux grisonnants, jadis noirs, assez abondants; sourcils et cils bien fournis, moustache et barbe grises, autrefois châtains, poils roux au pubis; les jambes sont presque glabres. Pas de trace d'adénite, ni de syphilis, de scrofule ou d'eczéma.

Intelligence. — A première vue, Chér... paraît assez intelligent; ses yeux sont vifs et parfois le regard est assez malin. Son instruction a été un peu négligée, il sait pourtant lire, écrire et faire les quatres règles. Il était adroit dans son métier; il prétend avoir été sergent dans les chasseurs de Vincennes (?). Actuellement il travaille avec la plus grande assiduité au jardin, et gagne le maximum (40 cent. par jour); il économise avec soin, presque avec avarice, l'argent de son gain et passe pour avoir un petit pécule. Il est très sobre ici et ne sort pas. Naturellement gai, il raconte à ses compagnons une suite d'histoires drôlatiques (moyen de faire des petits pains au lait sans lait, etc.). Il est un peu hâbleur en ce sens que, quoi qu'il entende raconter, il a toujours vu plus fort, et bâtit de suite son histoire, ce qui indique une imagination assez active. Il est de plus très chiffonnier et ramasse tout dans ses poches. Il porte toujours sur lui toutes ses richesses : une musette en toile pleine de victuailles, de quatre ou cinq porte-monnaies, de tabatières, de papiers, etc., etc.; une grosse chaîne à laquelle sont appendus son porte-monnaie de service, les clefs des jardinets, son couteau; à la boutonnière, son déboure-pipe. Toutes ses poches sont pleines. Il

a toujours une canne à la main. On voit par ces détails, que ce malade a réellement un cachet tout particulier.

23 *août*. On a trouvé hier, Chér... *pendu* à un clou dans la cave d'un employé. Jamais on n'avait remarqué chez lui de tristesse ni d'idée de suicide; au contraire, ces derniers jours il était tout heureux de passer aux vieillards et de pouvoir, par la suite, sortir librement pour aller voir ses amis. Peut-être était-il un peu soucieux depuis deux jours (?). Le matin, il avait remis son porte-monnaie à son camarade Mong.., en lui recommandant de ne pas l'ouvrir, ajoutant qu'il le reprendrait le soir. A onze heures, il n'avait pas déjeuné et avait seulement bu son vin, il était retourné à son travail à midi et demi jusqu'à deux heures et demie, mais paraissait préoccupé; ensuite il est allé à la cantine de l'hospice avec des amis et, à partir de là, on l'a perdu de vue; on le croyait retourné à son travail. A quatre heures, heure de la rentrée dans le service, on a remarqué son absence et les recherches n'ont fait découvrir que sa veste et sa canne. Enfin, à six heures, on l'a trouvé pendu dans une cave au moyen d'un cordeau de jardinage, les pieds touchant terre, un tréteau devant lui, le corps encore tiède, mais tout secours fut inutile.

Autopsie *le* 24 *août* à 9 heures et demie du matin. — *Rigidité cadavérique* très prononcée aux quatre membres et également des deux côtés. La *face* est pâle plutôt que congestionnée, les yeux entr'ouverts, mais non saillants; la langue est un peu tuméfiée et son extrémité fait saillie entre la moitié gauche des arcades dentaires. Au *cou*, il y a un sillon correspondant en avant à la partie supérieure du cartilage thyroïde, montant latéralement à droite de façon à atteindre à un centimètre au-dessous du cartilage de l'oreille, pour reprendre ensuite une direction horizontale et joindre en arrière la troisième vertèbre cervicale. Du côté gauche, il est horizontal et rejoint directement la même vertèbre. Il est plus profond sur la ligne médiane et latéralement qu'en arrière. Il est limité par des lèvres tuméfiées et violacées, la supérieure surtout et dans tout le trajet, l'inférieure en arrière seulement. La peau correspondante est brunâtre. Teint ecchymotique de la région cervicale postérieure et du cuir chevelu, lequel est bouffi, œdématié. Au niveau du sillon, le tissu est lardacé, nacré ; le sterno-mastoïdien est déprimé et on ne trouve pas de sang extravasé et coagulé entre les muscles de la région. Sur le corps aucune trace de violence. Pas de trace d'éjaculation; verge semi-turgide.

Tête. Cuir chevelu excessivement épais. —*Crâne* très petit. — *Calotte* osseuse dure et dense, *peu épaisse*; frontal, pariétaux, minces. — Pas d'asymétrie appréciable de la base du crâne. — *Dure-mère* très épaisse. — *Poids total de l'encéphale* : 770 gr. — Pas d'injection de la *pie-mère*.— *Artères de la base*, *chiasma, tubercules mamillaires, pédoncules,* réguliers, normaux et symétriques. — *Cervelet* et *isthme*,

130 gr.; *cervelet* seul, 110 gr. — *Hémisphères cérébelleux* égaux; rien à la coupe. — *Protubérance, bulbe, quatrième ventricule*, rien.

Hémisphères cérébraux. — Le droit a 16 centimètres de longueur; le gauche, tout en paraissant plus court à la vue, donne le même chiffre à la mensuration. Il pèse 5 gr. de plus que le droit.

Hémisphère cérébral gauche. — La *pie-mère* s'enlève très facilement; le *ventricule latéral* est petit dans toutes ses parties; rien à la *corne d'Ammon*, ni à la coupe des corps opto-triés.

Face externe. — *Lobule de l'insula* peu plissé; *troisième circonvolution frontale* bien dessinée; *première* et *seconde circonvolutions frontales* très courtes et presque confondues; *frontale* et *pariétale ascendantes* régulières ainsi que le *pli courbe;* les trois *circonvolutions temporales* sont nettes; le *lobule du pli courbe*, le *lobule pariétal*, le *lobe occipital* sont très distincts, *très simples* et sans circonvolution supplémentaire. — D'une façon générale, les circonvolutions sont fermes et remarquablement peu plissées.

Face interne. — La scissure calloso-marginale, les sillons des circonvolutions sont *très profonds.* — La *circonvolution du corps calleux* et la *face interne* de la *première frontale* sont très peu plissées; de même le *lobule paracentral* dont le sillon est reporté en avant; rien de particulier au *lobe carré*, ni au *coin*, qui sont rudimentaires. La quatrième et la cinquième *circonvolutions frontales* sont nettement dessinées. *Scissures* perpendiculaire, externe et calcarine régulières.

Hémisphère droit. — Décortication facile, ventricule latéral très petit; même disposition que du côté opposé, même simplicité des circonvolutions. Pas de sillon au lobule paracentral; rien à la corne d'Ammon.

Moelle. Plusieurs coupes n'ont pas fait découvrir de *sclérose des cordons postérieurs.*

Thorax. Quelques adhérences *pleurales* du côté droit; pas d'ecchymose sous-pleurale. Les poumons s'affaissent incomplétement, ils sont un peu œdématiés. A la coupe, il s'échappe une notable quantité de sang, surtout des lobes inférieurs. Pas d'*emphysème* évident. Les *bronches* sont rosées, un peu injectées; le *larynx* n'offre ni ecchymose, ni fracture. Le *cœur* pèse 350 gr.; pas d'ecchymoses péricardique ni sous-endocardique; quelques plaques laiteuses, surtout sur la face antérieure des ventricules; légère surcharge graisseuse au niveau des sillons; tissu ferme; hypertrophie du ventricule gauche, dont le bord externe est tordu en S: la cavité du ventricule gauche est légèrement rétrécie, et sa paroi mesure trois centimètres d'épaisseur à sa base; légère opacité de la valvule mitrale dont le bord libre est épaissi sur certains points, sans toutefois présenter de nodosités. A l'insertion inférieure d'une des valvules sigmoïdes de l'aorte, on trouve des nodosités calcaires.

Dans le cœur droit accumulation de caillots cruoriques. Sur l'aorte' au-dessous de la carotide primitive gauche, quelques plaques calcaires d'athérome. — Rien aux carotides.

Abdomen. — Aucune altération de l'*œsophage;* la muqueuse *stomacale* offre de nombreuses et fines *ecchymoses* au niveau du petit cul-de-sac, du grand cul-de-sac, et de la courbure; le *foie* pèse 1450 gr.; pas d'ecchymoses, de kyste, ni de calcul; la *rate* pèse 90 gr.; pas d'ecchymoses, ni de périsplénite, normale à la coupe. Les *reins* sont égaux, pèsent 175 gr. chacun, se décortiquent facilement et n'offrent aucune lésion à l'œil nu. — Aucune altération de la *vessie* ni de la *prostate.* Dans le *testicule* gauche, petit kyste séreux entre la tête de l'*épididyme* et la *glande.*

L'histoire de Chér... présente un certain nombre de particularités qui méritent d'être mises en relief.

I. L'*alcoolisme* d'une part, l'existence d'*accidents névropathiques* de l'autre, nous paraissent avoir exercé une action sur la condition cérébrale de notre malade. Cette hypothèse trouve encore sa justification dans ce fait que son frère a été atteint d'aliénation mentale.

II. L'*épilepsie* est survenue à 18 ans, sans aucun prodrome, à la suite d'une peur; sa marche semble avoir été assez singulière. Il y aurait eu une première période durant laquelle on n'aurait observé qu'un accès, suivant une version, ou un certain nombre d'accès portant sur deux années environ d'après une autre version. Ensuite, il se serait produit une rémission, qui se serait prolongée jusque vers 46 ans. Peu après le retour des accès, Chér... est entré à Bicêtre où l'on a noté d'abord de nombreux vertiges, puis des accès multipliés (201 en 1873), enfin une disparition complète des crises de 1877 à 1881.

III. L'*état intellectuel* de ce malade n'offrait rien de bien saillant tout d'abord ; mais un examen plus attentif montrait que si Chér... était doué d'une imagination assez vive, avait une élocution facile, les autres facultés intellectuelles étaient plutôt au-dessous du degré moyen. Ses allures, son bizarre accoutrement, sa manie de collectionner des objets disparates et de peu de valeur, rappelaient ce qu'on observe souvent chez les insuffisants, les imbéciles, etc.

IV. L'*examen du cerveau* est extrêmement curieux : il ne pesait que 640 grammes. Les circonvolutions étaient réduites aux circonvolutions élémentaires: c'est, en quelque sorte, un cer-

veau d'étude, ainsi qu'on peut s'en rendre aisément compte sur les PLANCHES I et II. Toutes sont très distinctes, il n'y a pas de plis de passage. Des sillons assez profonds les séparent nettement les unes des autres. Notons aussi le développement assez accusé des lobes paracentraux et des lobes carrés. Ces derniers, ainsi que les lobes occipitaux, offraient d'assez nombreux sillons superficiels et les circonvolutions, sans être indurées, avaient dans uno certaine mesure l'apparence de circonvolutions atrophiées.

Nous publierons prochainement une autre observation de microcéphalie et nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur divers points de l'histoire de Chér..., que, pour le moment, nous croyons devoir laisser de côté.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I

Face convexe de l'hémisphère gauche.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
F. a., frontale ascendante.
P. a., pariétale ascendante.
P^1, P^2, lobules pariétaux, supérieur et inférieur.
P^3, pli courbe.
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.
L. O., lobe occipital.

PLANCHE II

Face interne de l'hémisphère gauche.

C. c., corps calleux.
C. c., circonvolution du corps calleux.
F^1, première circonvolution frontale.
H., circonvolution de l'hippocampe.
L. P., lobule paracentral.
L. C., lobe carré.
L. C., coin.
L. O., lobe occipital.
T^4, T^5, quatrième et cinquième circonvolutions temporales.

Note sur un cas d'hémiplégie avec paraplégie spasmodique ;
Par Ch. Féré.

Les lésions du cerveau qui atteignent directement ou indirectement le faisceau pyramidal, dans sa totalité ou dans sa plus grande partie, déterminent une hémiplégie qui siège, dans l'immense majorité des cas, du côté opposé à la lésion. Cependant on a pu observer quelquefois une hémiplégie, reconnaissant pour cause une lésion de l'hémisphère correspondant. Ce sont ces cas exceptionnels qui ont pu faire croire qu'il n'y avait aucune relation entre la localisation anatomo-pathologique et la localisation symptomatique. Mais ces cas exceptionnels s'expliquent par cette circonstance que, comme l'ont montré M. Fleschsig, puis M. Pierret, l'entrecroisement des pyramides peut faire complètement défaut. En outre, entre l'entrecroisement complet considéré comme normal, et l'absence totale d'entrecroisement, il existe des intermédiaires nombreux ; il résulte de là que, chez un certain nombre de sujets du moins, chaque moitié du corps se trouve en connexion avec les deux hémisphères cérébraux, et que chaque hémisphère a une action bilatérale sur les membres, l'action croisée, toutefois, restant toujours de beaucoup la plus importante.

Les relations bilatérales de chaque hémisphère rendent compte non seulement des phénomènes de parésie que l'on observe quelquefois du côté du corps correspondant à la lésion, mais aussi des mouvements associés qu'on peut voir du côté paralysé à propos des mouvements voulus du côté sain.

Dans une récente communication à la Société de biologie[1], M. Brown-Sequard dit que, depuis près de vingt ans, il a été frappé de ce fait que les lésions cérébrales s'accompagnent en général d'une hémiplégie croisée et d'une hémiparésie directe ; si l'hémiplégie est complète et considérable, il y a toujours un

[1] *Recherches ayant pour objet d'établir que les lésions encéphaliques unilatérales, si elles déterminent une hémiplégie complète ou considérable, produisent aussi une parésie dans les autres membres surtout dans l'inférieur.* (*Bull. de la Soc. de biol.*, 1882, p. 28.) — *Faits montrant combien sont variées et nombreuses les voies de communication entre les zones motrices de la surface cérébrale et les membres.* (*Bull. de la Soc. de biol.*, 1882, p. 328.)

certain degré de paralysie du côté supposé sain, et cette paralysie est surtout marquée dans le membre inférieur. M. Charcot a fait la même remarque.

Cette notion se trouve en rapport avec ce fait, déjà signalé par M. Déjerine[1], de diffusion des phénomènes spasmodiques du côté paralysé vers le côté supposé sain. Du côté opposé à l'hémiplégie, on peut provoquer la trépidation spinale, soit en la cherchant directement par les procédés ordinaires, soit en l'excitant du côté paralysé.

Cette exagération des réflexes tendineux n'est autre chose qu'une manifestation atténuée de la contracture, qui elle aussi peut, après un temps plus ou moins long, s'étendre du côté sain, comme M. Brissaud en rapporte un exemple[2].

L'observation suivante appartient à ce dernier groupe de faits; mais elle s'en distingue par plusieurs particularités intéressantes.

Dans certains cas d'hémiparésie peu intense permettant la plupart des fonctions, on peut observer, à la suite d'un traumatisme, d'une chute d'une certaine violence, l'apparition d'une contracture[3] dans le membre paralysé qui a été soumis au choc. Ici, il s'agit bien d'une contracture survenue à propos d'une irritation périphérique chez une hémiplégique ; mais cette contracture porte sur la jambe saine.

OBSERVATION. — *Hémiplégie droite très améliorée*; — *irritation périphérique et choc sur la jambe gauche*; — *paraplégie spasmodique.*

M. Lav..., de Jonzac, quarante-sept ans, d'une vigoureuse constitution, pas de rhumatismes. Pas d'antécédents nerveux. Vers l'âge de vingt-cinq ans, il aurait eu un chancre, à la suite duquel il aurait eu des maux de gorge et des plaques sur le scrotum; depuis plus de vingt ans, il n'a plus eu rien de ce genre; il ne se rappelle pas avoir jamais eu d'affection cutanée quelconque.

En 1868, à l'âge de trente-trois ans, il fut pris deux fois, à huit jours d'intervalle, de perte de connaissance, qui, la dernière fois, aurait duré douze heures. Ces deux attaques, sur lesquelles le ma-

[1] *Comptes rendus de l'Acad. des Sciences*, 1878.

Recherches anatomo-pathologiques et physiologiques sur la contracture permanente des hémiplégiques, 1880, p. 188.

[2] Brissaud, *loc. cit.*, p. 192.

lade ne peut donner que des renseignements très vagues, n'ont été suivies ni de paralysie, ni de vomissements, etc. Elles n'ont été précédées ni suivies de céphalalgie.

A quelque temps de là, le malade se réveilla un matin avec une hémiplégie droite complète, la face était prise. Il n'est pas sûr qu'il y ait jamais eu aphasie complète, mais il y a eu un très grand embarras de la parole qui laisse encore des traces.

L'hémiplégie motrice était complète; mais on ne peut savoir s'il y eut des troubles de la sensibilité. Au bout de peu de jours, les mouvements revinrent, d'abord dans le bras, puis dans la jambe; mais tandis que le bras a repris à peu près complètement ses fonctions, la jambe est toujours restée faible. Le malade pouvait cependant marcher assez pour remplir un service actif dans les chemins de fer.

L'année dernière, vers le mois de mars, il commença à remarquer que sa jambe droite s'affaiblissait un peu et que la jambe gauche était un peu moins solide. Cet état s'accentua peu à peu; il fit une saison à Néris. Quand il revint, ses deux jambes étaient à peu près aussi faibles l'une que l'autre; mais il pouvait encore marcher assez aisément. C'est alors qu'on lui donna le conseil de frictionner sa jambe paralysée avec de la pommade stibiée (vers le mois de novembre 1881). A partir de ce moment, la jambe droite se raidit, et la jambe gauche s'affaiblit de plus en plus et prenait également un certain degré de rigidité. La marche était devenue très difficile mais il pouvait encore agir un peu dans son bureau, quand, au mois de décembre 1881, il se laissa tomber sur le pied gauche une presse à copier. La contusion assez violente le fit rester au lit pendant plusieurs jours; et quand il voulut se lever, les deux jambes étaient tout à fait raides, dans l'adduction, les genoux rapprochés, et ne s'écartant qu'avec une certaine difficulté, et la marche était devenue très pénible. C'est dans cet état qu'il est venu trouver M. le professeur Charcot qui nous l'a confié.

Etat actuel, 24 janvier 1882. Le malade ne peut marcher qu'en s'appuyant sur une canne et soutenu d'autre part par une personne. Il s'avance les deux jambes serrées l'une contre l'autre, en faisant de petits pas et en traînant la pointe des pieds; c'est à peine si les talons touchent le sol. Chaque fois que le malade avance un pied, on voit son corps s'incliner du côté opposé comme si le membre qui entre en jeu était à la fois trop long et trop lourd. Quand il s'arrête et qu'il reste debout, immobile, on le voit au bout d'un instant prendre une expression d'inquiétude, et ses jambes se mettent à trembler. Lorsqu'il est assis il reprend un peu de calme et la trépidation cesse pour reparaître quand on lui fait croiser les deux jambes l'une sur l'autre : on voit alors le pied qui supporte le poids des deux membres se redresser sur la pointe et s'animer de mouvements de trépidation d'amplitude progressive-

ment croissante. En redressant la pointe du pied,on provoque très facilement la trépidation spinale, qui ne s'épuise que très lentement. La percussion du tendon rotulien détermine une trépidation qui se prolonge et se généralise aux deux membres inférieurs et au membre supérieur droit.

La trépidation du pied et l'exagération du réflexe rotulien avec la généralisation du tremblement se produisent avec la même intensité, que l'on agisse sur la jambe droite ou sur la jambe gauche. Le malade affirme toutefois que la trépidation spontanée qui se manifeste,soit lorsqu'il est couché, soit lorsqu'il est assis ou debout, se produit plus fréquemment et avec plus d'intensité dans la jambe gauche, qui lui semble aussi plus raide. Quand on veut imprimer aux membres inférieurs des mouvements passifs, on éprouve une résistance très manifestement anormale.

Les réflexes tendineux sont exagérés au bras droit; mais ils existent à peine au membre supérieur gauche qui paraît complètement intact.

La sensibilité au contact, à la douleur, à la température, sont intacts sur toute l'étendue du corps. La sensibilité à la pression est peut-être diminuée à droite. Les pièces de monnaie lui paraissent moins lourdes dans la main droite; mais il n'y a guère qu'une différence de dix à quinze grammes. Pas de troubles des sens spéciaux, rien en particulier du côté de l'œil (examen du champ visuel et de l'acuité visuelle).

Quand le malade a prononcé deux ou trois phrases, il se met à pleurer ou à rire avec une expression bête, bien qu'il ait parfaitement conscience qu'il n'y a matière ni à pleurer ni à rire. Sa mémoire est parfaitement intacte, et son intelligence suffisante pour qu'il ait pu remplir successivement les fonctions de chef de gare et d'inspecteur du matériel dans une compagnie de chemins de fer; mais depuis sa première attaque cette émotivité a subi quelques alternatives d'amélioration et d'aggravation sans jamais cesser.

Les fonctions organiques s'accomplissent parfaitement, l'appétit est bon, les digestions sont faciles. Jamais de troubles de la défécation. Le sommeil est seulement agité et le malade est souvent réveillé par de brusques soubresauts de ses membres inférieurs. Il en résulte un état d'affaiblissement général.

Sur l'avis de M. Charcot, le traitement consiste en pointes de feu révulsives le long de la colonne vertébrale. Hydrothérapie et polybromure d'Yvon. Ce dernier médicament ne put être supporté et fut remplacé par de faibles doses d'ergot de seigle, 0,20 centigr. avant chaque repas pendant des périodes de quatre jours séparées par des intervalles de trois jours.

Le traitement hydrothérapique, dirigé par M. Pascal, consista en douches froides en jets brisés dirigés exclusivement sur le tronc en épargnant particulièrement les membres inférieurs.

Sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora rapidement, l'excitabilité réflexe des membres inférieurs s'amenda.

Quand il vint nous voir le 25 mars, l'état spasmodique avait subi une recrudescence depuis la veille. Les deux jambes avaient repris à peu près leur rigidité primitive, le malade marchait de nouveau sur la pointe des pieds et sa démarche était fort incertaine. La veille il était arrivé en retard à l'établissement hydrothérapique et sa douche lui avait été donnée, non par le médecin, mais par un doucheur qui, non prévenu, avait dirigé le jet sur les membres inférieurs. Immédiatement après il s'était senti les jambes raides et il était resté dix heures sans pouvoir uriner.

La rigidité des membres et la difficulté de la miction a persisté pendant trois ou quatre jours, puis le mieux a continué à s'acccentuer.

Quand le malade a quitté Paris au commencement de mars, le membre inférieur droit (côté hémiplégique) était à peu près dans le même état où il se trouvait avant l'accident, c'est-à-dire que la rigidité y était à peu près nulle. Dans le membre inférieur gauche, qui était le siège de réflexes patellaires bien plus exagérés encore que le droit, la rigidité spasmodique était encore considérable, et il existait encore de temps en temps de la trépidation spontanée, mais il marchait et pouvait faire plus d'un kilomètre, aidé seulement d'une canne.

Dans une lettre datée du 6 mai, le malade nous affirme que son membre inférieur droit se maintient dans l'état où il était autrefois quand il se considérait comme guéri de son hémiplégie; mais sa jambe gauche est toujours un peu raide et tremble encore de temps en temps spontanément.

Les phénomènes paraplégiques se sont manifestés spontanément, sans choc spécial, sans réaction, dans le membre inférieur sain, longtemps après l'apparition de la lésion cérébrale ; puis à la suite d'une irritation cutanée portant sur le membre inférieur droit, le plus anciennement et le plus gravement atteint, il s'est produit dans ce membre un certain degré de rigidité ; et enfin, à propos d'un traumatisme atteignant le membre inférieur gauche resté sain longtemps après l'attaque, il est survenu une rigidité beaucoup plus considérable de ce dernier qui est resté en définitive le plus affecté.

Ce fait est bien propre à montrer la relation bilatérale qui existe entre chaque hémisphère cérébral et les deux côtés du corps et surtout les deux membres inférieurs. Il met en outre en lumière l'influence du traumatisme sur le développement de la contracture, lorsqu'il existe dans la moelle épinière une lésion capable de déterminer une exagération de l'excitabilité réflexe.

Un autre malade que nous avons observé récemment et qui présentait, avec une certaine faiblesse intermittente des jambes, divers troubles céphaliques permettant de faire reconnaître une sclérose en plaques au début, a vu la contracture des deux membres inférieurs se développer aussi rapidement, sous l'influence d'une irritation cutanée ; il se plaignit un jour à son médecin d'une douleur, peu intense d'ailleurs, mais persistante, au niveau de la hanche droite : on appliqua un vésicatoire, et le lendemain les deux membres inférieurs étaient complètement rigides, appliqués l'un contre l'autre, agités de temps en temps, quand la pointe du pied venait à toucher le sol, d'une trépidation très intense ; la parésie des deux membres s'étant transformée, pour ainsi dire, instantanément en une paraplégie spasmodique.

Du reste, l'influence du traumatisme sur le développement des phénomènes spasmodiques et de la contracture, est bien mise en évidence par l'incident qui s'est produit à propos d'une douche maladroitement appliquée pendant le cours du traitement de notre premier malade.

D'ailleurs, le développement de ces phénomènes sous l'influence d'un traumatisme dans certaines lésions matérielles. de la moelle épinière, peut-être rapproché de ce qu'on observe quelquefois chez les hystériques, chez lesquelles il existe une hyperexcitabilité réflexe analogue due à un simple trouble fonctionnel. Il n'est pas très rare de voir chez ces sujets une contracture se développer à la suite d'un traumatisme même léger, surtout s'il porte au voisinage d'une articulation[1].

Il résulte de ces faits que dans les cas d'affections spinales à tendances spasmodiques, il faut éviter les applications révulsives sur les membres, et en particulier au voisinage des articulations ; les topiques irritants, inoffensifs en apparence, et qu'on peut être tenté d'appliquer pour soutenir la patience du malade, peuvent avoir les plus regrettables conséquences.

Dans ces affections les révulsifs et notamment les pointes de feu légères sont souvent très utiles, mais on doit se borner à les appliquer le long de la colonne vertébrale.

[1] Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*. T. Ier, 4e édition, 1880. Appendice, p. 446. — *Progrès médical* 1882, p. 413.

REVUE CRITIQUE

LE FAISCEAU SENSITIF ET LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LES CAS DE LÉSIONS CÉRÉBRALES;

Par GILBERT BALLET,
Chef de clinique à la Faculté de médecine.

BIBLIOGRAPHIE :

I. ANATOMIE DU FAISCEAU SENSITIF. — Gratiolet et Leuret, *Anatomie comparée du système nerveux*, 1839-1857. — Meynert, *Stricker's handbuch*, 1872. — Huguenin, *Anatomie des centres nerveux*, trad. de Keller. Paris, 1879. — Charcot, *Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau*, 1876. — Luys, *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies.* — G. Ballet, *Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau.* Paris, 1881.

II. DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES LÉSIONS DE LA CAPSULE INTERNE ET DE SON VOISINAGE. — Turck, *Sizungsbericht der Kais. Akademie des Wissenschaften zu Vien*, 1859. — Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1872. — Magnan, *De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique*, in *Gaz. hebd.*, 1873. — Veyssière, *Th. de Paris*, 1873, et *Arch. de Phys.*, 1874. — Raymond, *Etude sur l'hémianesthésie, l'hémichorée et les tremblements symptomatiques.* Paris, 1876. — Lafforgue, *Rapports des lésions de la couche optique avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale.* Paris, 1877.

III. DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES LÉSIONS DU CENTRE OVALE OU DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE. — Flourens, *Recherches expérimentales sur les fonctions et les propriétés du système nerveux.* Paris, 1862. — Ferrier, *Les fonctions du cerveau*, Tr. Fr. Paris, 1878, et *De la localisation des maladies cérébrales*, Paris, 1880. — H. Munk, *Zur phys. der grosshirnrinde, Verhandl. der. phys. Gesellsch. zu Berlin*, 1877. — *Berlin. Klin. Wochenschrift*

1877. — *Verhand der phys. Gesellschaft zu Berlin*, 1878 et 1880. — Lucciani et Tamburini, *Sulle funzioni del cervello. Recerche sperimentali. Secunda communicazione*; *centri psico-sensori corticali*. Torino, 1879. — Goltz et Gergens, *Pfluger's Arch*. Bd. XIII. — 2e mémoire, même recueil, Bd. XV. — Goltz. *Communication au congrès médical international de Londres*, 1881. — Brown-Sequard, Mémoires et recueils de faits divers in *Arch. de phys.*, 1878 et 1879 et in *The Lancet*. — Communications à la *Société de biologie*, 1878 et 1879. — L. Couty, Communications à la *Société de biologie*, 1881 et *Archiv. de physiologie*, 1881. — Schiff, *Congrès de Genève*, 1878. — R. Tripier, *De l'anesthésie produite par les lésions des circonvolutions cérébrales*. (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, nos 1 et 2, 1880).— Nothnagel, *Topische diagnostik der Gehirn krankeiten*. — J. Grasset, *Des localisations dans les maladies cérébrales*. Paris, 1880. — Exner, *Untersuchungen über die localisation der functionen in der Grosshirnrinde des menschen*. Wien, 1881.

Il s'agit ici moins d'une revue que d'une analyse, celle d'un travail paru il y a déjà plus d'un an. Peut-êtrela trouvera-t-on tardive. Les circonstances ont voulu qu'elle le fût. D'ailleurs (pourquoi ne l'avouerions-nous pas ?) il y a eu de notre part quelque préméditation à ce retard. A mesure qu'une opinion vieillit, il s'établit un contrôle qui permet d'en mieux apprécier la valeur, et de juger plus sainement de la portée des documents produits. Avec le temps les idées mûrissent, si elles ne disparaissent oubliées ; dans tous les cas, les angles, si angles il y a, s'émoussent, et de loin les problèmes soulevés apparaissent mieux sous leur véritable point de vue.

La question des troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les lésions du cerveau est une des plus complexes qui se puissent présenter en pathologie, et les solutions auxquelles, sur ce sujet, nous nous sommes arrêtés sont celles qui nous ont semblé découler naturellement de l'interrogatoire attentif des faits, interrogatoire que nous avons poursuivi sans parti pris ni idée préconçue. Les observations nouvelles produites depuis le commencement de l'année dernière, et dont nous avons recueilli les détails dans les diverses publications, ou à la Société anatomique, ne sont pas de nature à nous porter à modifier, sur les points fondamentaux du moins, nos idées d'antan. Toutes celles qui sont susceptibles d'être interprétées en vue

du but qui nous a préoccupé, viennent au contraire à l'appui des conclusions que nous avions cru devoir formuler et que nous résumerons ici aussi brièvement que possible.

Lorsqu'il s'agit de déterminer le rôle d'un organe ou des divers départements d'un organe, l'anatomie, la physiologie, la pathologie, se prêtent un utile et mutuel concours : l'anatomie, en nous initiant d'une façon plus ou moins précise aux détails de la morphologie de cet organe, de sa structure intime, de la disposition respective de ses parties élémentaires; la physiologie en réalisant des lésions artificielles dont on peut étudier avec plus ou moins de facilité et d'exactitude les conséquences fonctionnelles ; la pathologie enfin en créant spontanément ces mêmes lésions, souvent plus délicates et mieux isolées que ne saurait les faire l'expérimentateur le plus habile. La nécessite qu'il y a à mener de pair ces trois méthodes d'étude ne saurait plus être contestée et ce serait faire preuve de peu d'esprit philosophique que de vouloir confisquer au profit de l'une d'entre elles, de l'expérimentation par exemple, le privilège de concourir à la détermination des fonctions organiques, quand toutes trois se partagent ce privilège.

Aussi bien, lorsqu'on se propose d'envisager le cerveau au point de vue de son rôle, en tant qu'organe de perception, l'anatomie, la physiologie, la pathologie doivent-elles être interrogées tour à tour ? C'est là ce que nous avons cherché à faire ailleurs.

Toutefois il sera exclusivement question, dans cette revue, des renseignements que nous avons demandés à l'anatomie et à la pathologie. Bien que dans le travail, dont nous donnons ici l'analyse, nous nous soyons attaché à exposer aussi complètement que possible les résultats qui découlent des recherches expérimentales, comme nous n'avons sur ce terrain apporté aucune vue personnelle, nous nous contenterons en ce qui y affère, de renvoyer le lecteur à la bibliographie assez détaillée qui figure en tête de cet article.

I.

ESSAI DE DÉTERMINATION ANATOMIQUE DU TRAJET INTRA-CÉRÉBRAL DES FIBRES SENSITIVES.

Il n'est plus douteux que les circonvolutions cérébrales soient le siège des organes de perception. Les idées émises il y a

quelques années, par différents auteurs sur le rôle que joueraient, à l'égard des fonctions de sensibilité, la protubérance (Gerdy, Longet, Vulpian) ou la couche optique (Carpenter, Luys, Broadbent), ne sauraient plus être admises aujourd'hui. Un fait d'observation anatomo-clinique vulgaire, suffit à les réfuter : une lésion siégeant à la partie postérieure de la capsule interne, sur un point que nous préciserons plus loin, bien audessus de la protubérance par conséquent, et en dehors de la couche optique, peut en interrompant la conductibilité centripète amener l'abolition complète de la sensibilité dans le côté du corps opposé. Ce qui revient à dire que les centres percepteurs sont situés au-dessus du point lésé, dans l'écorce du cerveau. A ce sujet il ne s'élève, que nous sachions, aucune contestation sérieuse. Si la protubérance est à bon droit considérée comme un centre réflexe, nul ne songe plus à y placer le siège des sensations conscientes. Quant à la couche optique, pas plus la pathologie (Luys) que l'expérimentation physiologique (Schröder van der Kolk, Todd, Carpenter) n'autorise à y localiser les centres de perception. Les noyaux qu'on y a minutieusement décrits existent peut-être, moins individualisés toutefois qu'on ne l'a dit, mais il ne jouent pas le rôle prépondérant et bien déterminé qu'on leur avait départi. Cette question des fonctions sensitives de la couche optique a d'ailleurs été très longuement et fort bien traitée par notre ami Lafforgue, dont l'intéressant travail a puissamment contribué à faire définitivement justice d'une opinion contredite par les faits. Il importe de remarquer toutefois qu'un certain nombre de fibres nerveuses venues de la périphérie, fibres des nerfs optiques et peut-être olfactifs, paraissent traverser la couche optique avant de gagner la couronne rayonnante. Il semble que ce noyau gris soit pour ces fibres une sorte de centre de relai. C'est un point d'ailleurs sur lequel nous allons avoir à revenir.

Il reste donc établi que les impressions sensitives sont perçues par les couches corticales du cerveau. De la périphérie à l'écorce cérébrale ces impressions parcourent un chemin compliqué, dont nous ne voulons étudier ici que la deuxième étape, l'étape intracérébrale.

Rappelons en deux mots néanmoins quel est ce trajet, dans sa première partie.

Les impressions recueillies à la périphérie par les nerfs de

sensibilité générale ou spéciale arrivent à la moelle par les racines postérieures ou au bulbe par l'intermédiaire des nerfs spéciaux. Puis elles suivent dans l'axe médullaire, dans le bulbe et la protubérance, une voie souvent détournée et qui n'est pas parfaitement définie.

Certaines données cependant sont acquises : 1° le trajet des sensations dans la moelle n'est ni régulier ni constamment le même, la conductibilité centripète de l'organe est dans une certaine mesure indifférente (expérience de M. Vulpian) ; 2° les fibres des cordons postérieurs jouent le rôle de commissures ; la substance grise est l'intermédiaire obligé entre ces commissures, elle constitue à proprement parler l'axe conducteur ; 3° certaines parties de cette substance grise (cornes postérieures, surtout la base de ces cornes) paraissent spécialement affectées à la conductibilité (Recherches de Brown-Séquard, Mac-Donnell) ; 4° enfin les conducteurs sensitifs subissent une décussation dans leur trajet spino-bulbaire (entrecroisement médullaire de Brown-Séquard, entrecroisement bulbaire de Meynert, Duval et Sappey) si bien que ceux de droite occupent le pédoncule cérébral gauche, et réciproquement.

Au niveau de ces pédoncules les fibres centripètes, jusque là éparpillées, se réunissent, se groupent à la partie externe de l'étage inférieur, en dehors des faisceaux moteurs (pyramidal et autres). C'est là que commence, à proprement parler, le *faisceau sensitif*[1].

Telles sont en deux mots les voies parcourues par les impressions sensitives de la périphérie à la base du cerveau ; nous avons maintenant à suivre dans l'intérieur de cet organe le faisceau que nous venons de voir longer le bord externe du pédoncule. C'est là ce que nous nous sommes efforcé de faire, en mettant à profit un procédé de préparation qui nous paraît appelé à rendre de réels services.

Quand nous avons abordé la question, on savait déjà par les faits cliniques et expérimentaux que le faisceau sensitif occupe

[1] Dans les descriptions de Meynert, auquel on peut attribuer la paternité du mot : *faisceau sensitif*, ce terme sert à désigner seulement le groupe de fibres qui, émanées de la partie postérieure de la capsule, se rendent, d'après l'auteur, aux circonvolutions occipitales. Nous avons élargi la signification de ce mot, et nous nous en sommes servi pour désigner l'ensemble des voies de conduite centripètes dans leur trajet medullo-cérébral, par opposition aux termes *faisceau moteur*, ou *faisceau pyramidal*.

la partie postérieure de la capsule interne, situé qu'il est immédiatement en arrière du faisceau pyramidal. On possédait d'autre part une intéressante description de Meynert où l'on trouve esquissé le trajet des fibres sensitives de la capsule interne à l'écorce; Meynert indique avec précision l'existence d'un faisceau de fibres qui se détache du pédoncule cérébral, derrière l'extrémité postérieure du noyau lenticulaire, pour se diriger aussitôt après en arrière vers la pointe du lobe occipital, et celle d'un autre tractus, déjà décrit par Gratiolet, sous le nom d'*expansions cérébrales optiques* et dont les fibres émanées des corps genouillés et de la couche optique côtoieraient celles du premier faisceau, en dedans et au-dessous desquelles elles sont situées, pour aboutir aux circonvolutions temporales.

Meynert, on le voit, a simplement envisagé le faisceau sensitif sur des coupes horizontales; de là la brièveté des détails dans lesquels il entre, et l'insuffisance de sa description, qui, quelque exacte qu'elle soit, a le défaut de ne rien nous apprendre sur la façon dont ce faisceau se comporte en haut, en bas, latéralement, en un mot sur la manière dont il s'épanouit. Nous avons cherché à combler cette lacune, en nous laissant guider par les précieuses indications que nous trouvions dans les importants travaux de l'éminent professeur de Vienne.

Deux mots d'abord sur le procédé de préparation des cerveaux dont nous nous sommes servi pour cette étude.

En lui-même, le procédé n'est pas nouveau; il s'agit de la macération prolongée dans le bichromate de potasse. Il y a longtemps que ce liquide est utilisé pour le durcissement des cerveaux dont on se propose de pratiquer des coupes microscopiques, ou qu'on a l'intention de conserver longtemps à l'abri de la putréfaction[1]. Mais ce qui avait peut-être été insuffisamment indiqué, ce sont les détails de l'emploi du réactif pour le but que nous poursuivions, et le parti qu'on pouvait tirer des colorations imprimées par le liquide à la substance cérébrale en vue de déterminer la direction des certains groupes de fibres dans le centre ovale. M. Brissaud est le premier, croyons-nous, qui ait, au moins en France, mis à profit les propriétés des solutions concentrées de bichromate, pour l'étude macrosco-

[1] M. Variot, notamment (Luys. — Procédé pour la conservation et la momification des cerveaux à l'état sec. — Journal *l'Encéphale*, n° 1) s'est utilement servi dans ce dernier but, du bichromate associé à l'acide phénique.

pique des coupes du cerveau, et d'autre part, personne, que nous sachions, n'avait relevé avant nous les modifications de couleur que la solution communique aux fibres blanches, suivant le sens dans lequel on les sectionne.

Lorsqu'en effet un cerveau a macéré pendant quelques semaines dans le bichromate en solution concentrée, la substance du centre ovale qui, à la coupe, est uniformément blanche sur un cerveau frais, présente des alternatives de coloration jaune clair et brun foncé. La couleur brun foncé est assez prononcée pour rappeler, à s'y méprendre, celle de la substance grise des noyaux centraux ou des circonvolutions, si bien que au premier aspect, on pourrait penser qu'on a affaire à de la substance grise plus ou moins diffuse dans le centre ovale, invisible à l'état frais, mais devenue appréciable grâce à l'action du réactif.

Il est facile de se convaincre que la teinte gris brun correspond aux faisceaux de fibres coupées perpendiculairement à leur axe ; tandis que sur une section parallèle à la direction des fibres, celles-ci affectent une coloration jaune clair.

On conçoit le parti qu'il était possible de tirer de cette donnée, que nous nous sommes efforcé d'utiliser.

Nous n'entrerons pas dans les détails que nous avons mentionnés ailleurs ; une étude analytique des coupes qui nous ont servi à suivre le faisceau sensitif serait ici déplacée. Nous rappellerons seulement, en quelques mots, la méthode générale à laquelle nous avons eu recours dans nos recherches et les résultats auxquels cette méthode nous a conduits.

Nous avons étudié la disposition du faisceau sensitif successivement sur une coupe horizontale ou plutôt oblique, la coupe de Flechsig, et sur trois coupes verticales. La première nous a permis d'envisager le faisceau suivant sa longueur depuis son origine au tiers postérieur de la capsule interne jusqu'aux circonvolutions occipitales ; les autres nous en ont révélé la forme, la hauteur, les dimensions et les irradiations. Ces coupes verticales pourraient être multipliées et même, en vue d'une étude très détaillée, il serait bon de les faire d'avant en arrière aussi rapprochées que possible. Pour la commodité de la description, nous nous sommes arrêté aux trois suivantes : la première, la plus antérieure, que nous appelons coupe *verticale intracapsulaire*, est faite verticalement à la jonction du tiers

postérieur et des deux tiers antérieurs de la couche optique; en examinant un hémisphère, on se convainct qu'elle tombe en plein faisceau sensitif, sur le point même que, dans leurs expériences, MM. Veyssière et Raymond se sont attachés à détruire chez le chien, et dont la lésion, d'après les idées admises, détermine chez l'homme l'hémianesthésie dite d'origine cérébrale. La seconde coupe, parallèle à la première, est pratiquée à deux centimètres environ en arrière du thalamus, et intéresse la partie la plus reculée du corps calleux ; le faisceau sensitif, qui atteint là ses plus grandes dimensions, y est situé à la partie latérale externe du prolongement occipital du ventricule ; nous l'appelons , à cause de ce fait, coupe *latéro-ventriculaire*. Enfin la troisième est située à un centimètre ou à un centimètre et demi en avant de la pointe du lobe occipital. Elle n'intéresse plus le ventricule qui est tout entier compris en avant ; nous désignons cette coupe sous le nom de *rétro-ventriculaire*.

D'après les caractères de la coloration communiquée par le bichromate aux fibres nerveuses, on conçoit que sur les sections ainsi faites, il sera possible de distinguer celles des fibres qui se dirigent horizontalement en arrière, de celles qui gagnent verticalement ou latéralement les circonvolutions. Les premières seront gris brun, les autres légèrement teintées en jaune. C'est en tenant compte de ce fait que nous sommes arrivé aux conclusions suivantes sur la disposition du faisceau sensitif et sa distribution.

Ce faisceau situé sur le bord externe du pied du pédoncule cérébral, pénètre à travers la capsule interne, dont il occupe la partie la plus reculée (tiers postérieur du segment postérieur). Il reçoit bientôt un certain nombre de fibres, qui lui viennent de la couche optique et des corps genouillés, et qui sont la continuation des fibres centripètes, émanées des nerfs optiques. Le faisceau sensitif est alors constitué au complet; il renferme toutes les fibres de la sensibilité générale ou spéciale. (Carrefour sensitif.)

Mais à peine a-t-il abordé le seuil de l'hémisphère cérébral, que ses éléments constitutifs commencent à diverger, pour se diriger vers l'écorce. Les uns remontent directement et verticalement vers les circonvolutions fronto-pariétales. Les autres fibres se recourbent en arrière et constituent un volumineux faisceau, d'abord plus haut que large, dont les dimensions en

hauteur diminuent à mesure qu'on approche de la pointe du lobe occipital.

La forme du corps du faisceau peut être assez exactement comparée à celle d'une pyramide quadrangulaire à base antérieure, à sommet postérieur. Ce faisceau s'amoindrit en progressant, parce qu'il abandonne, chemin faisant, des fibres aux circonvolutions avoisinantes. De son pourtour, en effet, émanent des irradiations nombreuses qui forment la presque totalité de la partie pariéto-occipitale et, probablement, temporo-sphénoïdale du centre ovale. (*Fig.* 2.)

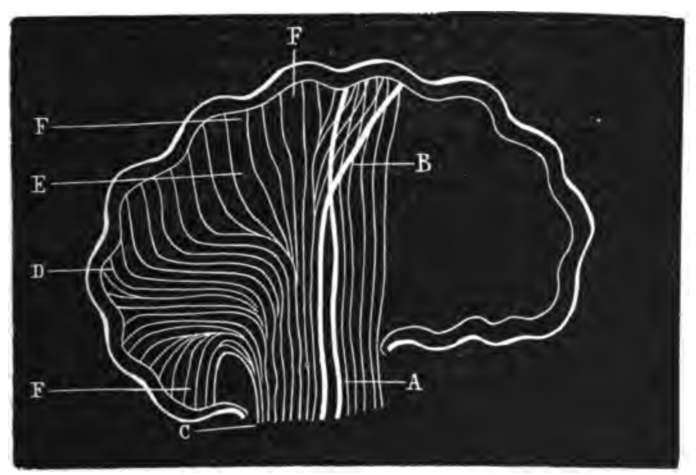


Fig. 2. — Schéma destiné à représenter la distribution générale du faisceau sensitif et de ses irradiations. — A, Faisceau pyramidal au niveau de la capsule. — B, Le même faisceau au voisinage des circonvolutions motrices. — C, Faisceau sensitif au niveau de la capsule. — D, Corps du faisceau sensitif dont les fibres se dirigent horizontalement en arrière. — E, Irradiations vers l'écorce des fibres émanées du faisceau. — F, Circonvolutions.

S'il est difficile de déterminer, avec une certitude absolue, à l'aide de l'observation anatomique seule, quelles sont celles des circonvolutions cérébrales auxquelles vont aboutir les fibres émanées du faisceau sensitif (c'est la pathologie surtout qui doit nous aider à le faire), il devient néanmoins très vraisemblable, en tenant compte des rapports et des connexions du faisceau, et en restant sur le terrain de l'anatomie pure, que les circonvolutions qui peuvent être considérées comme l'abou-

tissant des fibres centripètes, sont les suivantes : les frontale et pariétale ascendantes, tout au moins dans leur partie supérieure, celles du lobe pariétal, enfin les circonvolutions occipitales et temporo-sphénoïdales.

Il ne sera peut-être pas inutile de faire remarquer que ces conclusions avaient été formulées avant que nous ayons trouvé dans les faits cliniques leur confirmation. Ceci dit, afin d'éviter l'accusation d'avoir forcé les détails anatomiques pour les besoins de la cause.

II.

DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ CONSÉCUTIFS AUX DIVERSES LÉSIONS DU FAISCEAU SENSITIF, DANS SON TRAJET INTRA-CÉRÉBRAL.

La connaissance que nous possédons, d'après les détails qui précèdent, de la distribution du faisceau sensitif dans son trajet intra-cérébral, nous permet de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les conséquences possibles des différentes lésions à siège, à nature et à symptomatologie variables susceptibles d'intéresser ce faisceau.

Ces lésions siègent, suivant les cas, au niveau : 1° du pied de la couronne rayonnante (tiers postérieur de la capsule interne) ; 2° des fibres du centre ovale, qui sont comme l'épanouissement de la couronne ; 3° enfin de la couche grise des circonvolutions, aboutissant ultime des fibres centripètes.

On conçoit que les phénomènes observés seront différents suivant que la lésion aura assez d'étendue pour léser *toutes* les fibres, ou ce qui revient au même, tous les centres percepteurs d'un même hémisphère, ou, suivant qu'au contraire l'altération portera seulement sur *quelques-uns* des conducteurs ou sur une région limitée de l'écorce destinée à la perception des impressions sensitives.

Les deux cas se présentent en pathologie.

Si l'on réfléchit aux conditions qui sont nécessaires à la réalisation du premier, on comprendra qu'il se puisse produire exclusivement lorsque la lésion occupera le pied de la couronne rayonnante, c'est-à-dire cette région où toutes les fibres constitutives du faisceau sont réunies, condensées dans un étroit espace, le carrefour sensitif. Un foyer de ramollissement ou d'hémorrhagie même minime, suffit alors pour interrompre

complètement les rapports normaux de continuité entre les conducteurs de la périphérie et les centres de perception.

Il sera tout exceptionnel, au contraire, si tant est que la chose soit possible, que la lésion ait assez d'étendue pour intéresser toutes les fibres centripètes de la couronne rayonnante après leur sortie de la capsule, lorsqu'elles ont subi leur épanouissement exceptionnel; aussi, pour les mêmes raisons, que cette lésion porte à la fois sur toute l'étendue des régions sensitives de l'écorce.

Mais si une altération matérielle ne se généralise que bien difficilement à tout le système sensitif cortical, en revanche les couches grises peuvent être le siège de troubles passagers, névrolytiques ou dynamiques comme on dit, et leur fonctionnement être, de ce fait, anéanti momentanément ou d'une façon durable, c'est ce qui se passe notamment dans l'hystérie si du moins l'origine corticale de l'hémianesthésie hystérique est positive, comme nous nous sommes efforcé de l'établir.

En somme la perte totale des fonctions de sensibilité, dévolues à un hémisphère, ne saurait s'observer que dans deux conditions : 1° lorsqu'il existe une lésion matérielle de la capsule interne ou de son voisinage, intéressant directement ou indirectement les fibres sensitives à leur passage au niveau du carrefour; 2° quand, sous certaines influences (nerveuses et peut-être aussi toxiques), les couches corticales sont momentanément troublées dans leur fonctionnement.

Par opposition aux lésions ou désordres qui affectent tous les éléments du faisceau sensitif intra-cérébral, il en est d'autres qui se limitent à une partie du système : des abcès du centre ovale, des foyers de ramollissement, des tumeurs comprimant ou même détruisant un point de l'écorce, sont choses qui se rencontrent communément. Il y a plus, les lésions de la capsule interne et de son voisinage, comme nous avons cherché à l'établir, peuvent n'intéresser qu'un certain nombre des fibres sensitives qui la traversent.

Deux hypothèses peuvent être faites à priori relativement à la symptomatologie de ces altérations limitées à quelques-uns des conducteurs sensitifs ou à une partie du territoire cortical préposé aux perceptions : ou bien il existe dans la substance grise, des centres corticaux isolés, destinés chacun à recevoir un groupe spécial de conducteurs, à élaborer une sensation spéciale. (Dans cette hypothèse, il y aurait un centre pour la

sensibilité tactile, un autre pour la vue, pour l'ouïe, etc.) Ou bien les fibres nerveuses centripètes, après leur sortie de la capsule (fibres des sensibilités communes et spéciales), s'enchevêtrent et viennent aboutir, sans ordre préétabli, à un territoire plus ou moins étendu de l'écorce, dont les parties constitutives ont une action commune, et sont par conséquent susceptibles, le cas échéant, de se suppléer les unes les autres.

Bien des physiologistes et des plus autorisés admettent aujourd'hui la première de ces hypothèses, en se fondant sur les faits d'expérimentation.

Nous avons cru, quant à nous, devoir nous rallier à la seconde, après l'étude attentive d'un assez grand nombre de cas cliniques. Nous pensons, en effet, que la zone corticale sensitive, dont nous avons essayé de déterminer les limites, n'est pas divisible en centres distincts et isolés, dont la destruction aboutirait cliniquement à une variété spéciale d'anesthésie. Et si l'homogénéité de cette zone n'est peut-être pas absolue, en ce sens, que certains groupes de fibres émanant de tel ou tel nerf, peuvent se rendre en plus grand nombre sur tel point que sur tel autre, tout au moins, les diverses régions de la zone, se suppléent-elles aisément au point de vue de la perception des sensations, assez aisément pour qu'il ne soit pas permis d'admettre chez l'homme ces territoires nettement circonscrits, à fonctions précises, que Ferrier, Munk et quelques autres ont décrits chez les chiens et chez le singe.

Entrons dans quelques détails.

A. — *Des troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les lésions de la capsule interne et de son voisinage*

(Lésions du carrefour sensitif.)

L'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, consécutive aux lésions de la capsule interne, les caractères cliniques qu'elle affecte, les conditions pathogéniques qui la déterminent sont des faits bien connus, grâce aux recherches de Turck (1859), Charcot (1872), Magnan (1873) dans le domaine de la clinique, de Veyssière (1873), et de Raymond (1876) sur le terrain expérimental.

Les cas nombreux réunis, depuis ces travaux, par divers ob-

servateurs, par Veyssière et Raymond eux-mêmes, par Decaudin, Pitres, de Boyer, etc., n'ont fait que confirmer les conclusions de Turck et de M. Charcot.

On sait aujourd'hui que la lésion capsulaire qui détermine l'hémianesthésie sensitivo-sensorielle intéresse le tiers postérieur du segment postérieur de la capsule. Mais elle peut l'intéresser de différentes manières. Tantôt il y a destruction du faisceau sensitif à son passage au niveau du carrefour. La conductibilité, dans ce cas, est rendue impossible par la rupture du fil conducteur, et l'on comprend que si toutes les fibres ont été rompues, ce qui est fréquent, l'hémianestésie sera absolue, générale et indéfiniment persistante. Tantôt, il y a simplement compression du faisceau par une lésion de voisinage (couche optique, noyau lenticulaire), et, comme une compression quelque marquée qu'elle soit, n'interrompt jamais la conductibilité des fibres nerveuses d'une façon aussi complète et aussi durable que la destruction, les hémianesthésies par compression seront le plus souvent incomplètes et passagères, comme l'établissent, par exemple, certains faits rapportés par M. Lafforgue.

C'est dans ce dernier groupe qu'on doit ranger les observations de lésions de la couche optique, considérées à tort par quelques auteurs comme démonstratives des fonctions sensitives de cet organe; il faut très vraisemblablement y rattacher aussi les cas d'anesthésie par altération organique, qu'on a pu guérir à l'aide des aimants. On ne conçoit pas, en effet, la possibilité du rétablissement de la sensibilité, avec une destruction complète des fibres sensitives, au niveau du carrefour. Il est nécessaire d'admettre, si la sensibilité reparaît sous l'influence des æsthésiogènes, ou que les fibres centripètes étaient simplement comprimées, ou que quelques-unes d'entre elles seulement avaient été atteintes par la lésion. On conçoit très bien, dans cette hypothèse, que les agents en question puissent rendre à des fibres simplement engourdies leur conductibilité première.

Si le plus habituellement les lésions de la partie postérieure de la capsule interne ou de son voisinage engendrent l'hémianesthésie, à la fois sensitive et sensorielle, les choses peuvent se passer autrement, et nous avons réuni un certain nombre de cas dans lesquels on a noté d'une façon positive l'abolition de la sensibilité commune, avec intégrité des sensibilités spé-

ciales [1]. Trois de ces faits sont dus à MM. Pierret, Déjerine et Raymond, le quatrième nous est personnel, le cinquième a été publié par M. Dérignac.

Dans le cas de M. Pierret (*Soc. anat.*, 1874) la lésion occupait le noyau extra-ventriculaire du corps strié. La capsule externe n'était altérée qu'à sa partie postérieure, partout ailleurs elle était comprimée.

Dans celui de M. Déjerine (*Soc. anat.*, 1880), il s'agissait d'une petite tumeur, dont la topographie faite sur une coupe verticale et non sur la coupe de Flechsig, était trop indécise pour qu'il fût possible de déterminer avec certitude les rapports que la lésion affectait avec la partie intra-capsulaire du faisceau.

Le fait de M. Raymond n'a pas été suivi d'autopsie. Mais d'après la symptomatologie présentée par la malade et la coïncidence avec les troubles de la sensibilité d'hémichorée ou d'hémiathétose, il y a tout lieu de penser que la situation de l'altération dans ce cas, a dû être analogue à ce qu'elle était dans celui de M. Pierret, c'est-à-dire intéresser le noyau lenticulaire et les fibres les plus externes de la partie postérieure de la capsule.

Depuis la publication de notre travail, M. Dérignac a communiqué à la Société anatomique (1881), une nouvelle observation qui est calquée tant au point de vue de la symptomatologie que du siège des lésions anatomiques sur celle de M. Pierret; ces dernières ont été figurées sur des croquis qu'on pourra consulter dans l'album de la Société.

[1] Il est possible que dans ces faits, des procédés de mensuration précise, dont malheureusement nous manquons pour plusieurs sens, eussent révélé une légère différence entre l'état des sensibilités spéciales du côté sain et du côté malade. On comprendrait difficilement, en effet, qu'il existât une intégrité absolue de la conductibilité spéciale en même temps qu'une abolition complète ou à peu près complète de celle des fibres de sensibilité commune, alors que tous les conducteurs centripètes sont groupés dans un espace étroit. Notre ami Ch. Féré, en mesurant le champ visuel de la malade dont l'observation nous est personnelle, a notamment constaté un rétrécissement, bien que la vue des couleurs fût intacte, comme nous l'avons rapporté, et qu'il n'existât aucun trouble apparent des sens. Quoi qu'il en soit, le fait que nous mentionnions n'en subsiste pas moins avec tout son intérêt, et, il y a lieu de fixer l'attention sur le contraste singulier que fait, dans les cas que nous avons rapportés, la conservation, au moins apparente des sens, avec la perte de la sensibilité générale.

Quant au cas qui nous est personnel, la malade à laquelle il se rapporte a succombé dans le courant de l'année dernière ; l'autopsie en a été faite par M. Féré ; mais les lésions observées étaient trop étendues et trop complexes pour que nous soyons en droit de rapprocher le fait, comme nous nous étions supposé autorisé à le faire du vivant de la malade, de ceux qui précèdent.

Il n'en est pas moins établi par les faits dont il s'agit, qu'on peut constater une abolition complète de la sensibilité générale coïncidant avec une intégrité au moins relative des sensibilités spéciales, dans les cas de lésion capsulaire. Et si l'on envisage un de ces cas où les altérations étaient simples et bien constatées, on voit qu'elles intéressaient les fibres antérieures et surtout les fibres externes de la partie intra-capsulaire du faisceau sensitif.

Nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible de s'expliquer cette association d'une symptomatologie anormale avec des lésions de siège constant, en supposant que les conducteurs des impressions de sensibilité commune cheminent dans la partie externe de la capsule, tandis que les fibres qui contiennent les nerfs spéciaux seraient situées en dedans des premières. Cette hypothèse nous a paru d'autant plus plausible que, en étudiant anatomiquement la disposition du faisceau sensitif, au niveau de la capsule interne, nous avons constaté et décrit, après Gratiolet et Meynert, un double tractus, l'un formé évidemment par les fibres pédonculaires directes, l'autre, plus interne, par celles des fibres de la sensibilité spéciale qui proviennent de la couche optique et des corps genouillés. Et nous avons montré que c'est seulement à la partie la plus reculée de la capsule que les deux tractus se fusionnent. En rapprochant ce détail anatomique des faits anatomo-cliniques signalés plus haut, on arrive à cette conclusion que *toutes* les fibres préposées à la sensibilité spéciale se rapprochent des expansions optiques pour constituer une sorte de faisceau spécial qui serait difficilement touché par les lésions n'intéressant que les parties externes de la capsule.

Ferrier, qui a constaté comme nous, sans y insister toutefois, la possibilité de troubles profonds de la sensibilité générale, sans altération de la sensibilité spéciale, dans le cas de lésion capsulaire, invoque, pour rendre compte du fait, cette considération « qu'il y a moins de représentation bilatérale dans

chaque hémisphère, pour la sensibilité tactile, qu'il n'y en a pour les autres formes de sensibilité. La plus ou moins grande facilité des suppléances corticales, nous paraît rendre difficilement compte des particularités d'un symptôme dont la cause occasionnelle réside sur le trajet des conducteurs. Tout au plus pourrait-on supposer que, en cas de simple compression des fibres de la capsule, la résistance opposée par la lésion à la conductibilité centripète est plus considérable pour arrêter les impressions émanées des sens spéciaux, que pour empêcher l'arrivée aux centres des impressions tactiles. — L'hypothèse que nous avons formulée, et que nous donnons, il ne faut pas l'oublier, comme une simple hypothèse, nous paraît rendre mieux compte des faits, en conciliant, comme nous l'avons montré, les particularités cliniques avec les détails anatomiques. Les observations ultérieures auront à en confirmer ou à en infirmer la valeur.

B.—*Des troubles de la sensibilité dans leurs rapports avec les lésions du centre ovale et de l'écorce cérébrale.*

Cette question a été envisagée de façons bien différentes par les physiologistes. Tandis que Ferrier, Munk, Luciani et Tamburini affirment, d'après les résultats de leurs expériences, qu'il existe dans l'écorce des centres isolés affectés à la perception des diverses variétés de sensations (tactiles, visuelles, olfactives, gustatives, auditives), d'autres, comme Goltz, croient à l'homogénéité fonctionnelle de la substance grise.

L'année dernière, au Congrès médical international de Londres, les deux doctrines ont été aux prises. Mais la brillante discussion soutenue par Ferrier, d'une part, par Goltz, de l'autre, a, il faut l'avouer, insuffisamment éclairé le sujet. C'est assez dire que, sur le terrain expérimental, le problème n'est pas près d'être résolu d'une façon définitive. D'ailleurs les idées que défendent chez nous, avec une courageuse persévérance, depuis plusieurs années, M. Brown-Séquard et quelques-uns de ses élèves, ne sont pas de nature à nous laisser espérer une prompte entente. Les lois qui, en matière de pathologie cérébrale, semblaient les mieux assises, sont remises en question : la forme et la localisation des symptômes ne dépendraient plus du siège des lésions du cerveau ; elles seraient commandées

directement par l'innervation spinale dont le jeu irrégulier, presque arbitraire, jetterait dans la symptomatologie un désordre au milieu duquel il serait difficile de s'orienter.

En présence de ce conflit, ce qu'il y a de mieux à faire pour le médecin, c'est d'observer le malade; et nous serions trop heureux si cette méthode d'observation pour laquelle certains esprits exclusifs affectent un dédain peu justifié, nous rendait dans l'étude des troubles de la sensibilté d'origine cérébrale les mêmes services que nous lui devons en matière de troubles du mouvement.

Aussi est-ce à l'observation que nous avons surtout fait appel, nous efforçant d'apporter notre contribution à la solution d'un problème qui réclame des recherches patientes, longtemps répétées, et souvent contrôlées.

Or, lorsqu'on interroge les faits on y cherche vainement des arguments en faveur de l'existence des centres sensitifs corticaux. Ni Ferrier, ni Nothnagel n'ont pu produire de cas décisifs qui démontrent la réalité de ces centres, admis sur la foi des résultats expérimentaux. Les conclusions de Nothnagel sont, à ce propos, instructives à relever : « Il n'existe pas encore, dit-il, d'observations de troubles *auditifs* dans les maladies cérébrales, principalement dans le ramollissement;... pas d'observations d'*agueusis* dans les maladies du cerveau... Les observations manquent encore, ajoute-t-il, pour établir nettement quelle partie du cerveau doit être lésée pour produire l'*anosmie.* » Et plus loin le même auteur rappelle l'ignorance absolue dans laquelle nous nous trouvons relativement aux relations cliniques entre les altérations de l'écorce et les troubles de *la vue.*

Ferrier, il est vrai, a cru trouver la démonstration de ses idées sur le siège des centres supposés de la vue et de l'ouïe; dans les faits d'*aphasie sensorielle* (cécité et surdité verbale) publiés par Kusmaull, Köhler et Pick, Wernicke, etc. Il semble en effet, d'après les observations rapportées par les auteurs qui précèdent et d'après d'autres analogues, qui ont paru en France dans ces derniers temps, que la cécité et la surdité verbale soient en relation avec des lésions occupant le pli courbe ou la partie postérieure des circonvolutions temporales. Mais l'aphasie sensorielle est un trouble complexe bien différent des simples altérations de la sensibilité spéciale. La cécité et la surdité des mots, ne sont pas plus la cécité et la

surdité que l'aphasie ataxique n'est la paralysie. Il s'agit là de la perte de l'une des facultés de l'intelligence, celle d'interpréter les signes lus ou entendus, qui est parfaitement compatible (c'est même là ce qui la caractérise) avec l'intégrité de l'ouïe et de la vue. Or, de ce qu'une lésion occupant la partie postérieure des circonvolutions temporales s'accompagne de surdité psychique, cela ne démontre en aucune façon que le point lésé soit un centre de perception pour les impressions auditives, c'est-à-dire un centre sensitif, mais simplement qu'il sert à l'élaboration intellectuelle, à l'interprétation d'une catégorie de signes abstraits, ce qui est fort différent. Donc les faits de cécité et de surdité verbale suivis d'autopsie, ne prouvent nullement, à notre avis du moins, l'existence de centres auditifs ou visuels dans les points indiqués par Ferrier. Bien plus, ils nous paraissent très propres à établir que le pli courbe n'est pas plus le centre de la vue, que le tiers postérieur des temporales n'est le centre de l'ouïe, puisque dans tous ces faits on a positivement constaté, avec une lésion des points précités, l'intégrité des sensations auditives et visuelles.

On voit donc que sur le terrain de la clinique, les localisateurs n'ont pu jusqu'à ce jour faire la démonstration de leurs idées. Y arriveront-ils? Nous ne le pensons pas. Et nous nous fondons pour l'avançer sur les conclusions qui ressortent naturellement du rapprochement des cas que nous avons compulsés ou recueillis personnellement. Or il résulte de l'ensemble de ces cas que les lésions les plus diverses, intéressant les différents points de l'écorce cérébrale, peuvent évoluer sans s'accompagner de troubles, au moins marqués, de la sensibllité spéciale, ce qui revient à dire qu'en cas de lésion circonscrite, les parties de l'écorce restées intactes, suppléent celles qui sont altérées, quel que soit le siège de ces dernières. On ne saurait dès lors admettre l'existence des centres sensitifs tels que Ferrier les conçoit, l'abolition de la fonction devant être la conséquence obligée de la destruction des centres préposés à cette fonction, si centres il y a.

Les conclusions qui précèdent s'appliquent, dans notre pensée, aussi bien à la sensibilité commune qu'aux sensibilités spéciales. Munk et Schiff d'abord, R. Tripier après eux, avaient admis que les parties motrices de l'écorce sont en même temps des centres destinés à percevoir les impressions émanées de la peau. Nous croyons avoir établi, en nous appuyant sur

un assez grand nombre de faits, que la destruction de la zone motrice est parfaitement compatible avec l'intégrité de la sensibilité commune.

Il résulte donc pour nous de tout ce qui précède, qu'il n'existe pas au cerveau de territoires circonscrits et isolés affectés à l'élaboration des formes variées de la sensibilité.

Est-ce à dire que, au point de vue des perceptions, l'écorce cérébrale soit fonctionnellement homogène, dans l'acception rigoureuse du mot ? Non, sans doute.

Il semble par exemple, découler des observations récemment compulsées par S. Exner, que les sensations visuelles sont perçues surtout par les circonvolutions occipitales. Il est possible en effet, comme nous l'avons déjà dit, que les fibres émanées des divers sens se rendent en plus grand nombre vers telle ou telle autre partie de l'écorce, dont les lésions retentiraient par conséquent d'une façon plus marquée sur les sens en question. Nous-même, nous avons admis que la sensibilité tactile était plus fréquemment troublée à la suite des altérations destructives de la zone motrice que dans les cas de lésions occupant un autre siège. Il y a là matière à des recherches ultérieures. Mais le fait capital à retenir pour l'heure, c'est que les différentes circonvolutions peuvent être, chacune isolément, détruites, sans qu'il s'ensuive de troubles de la sensibilité générale et spéciale.

Les anesthésies tactiles ne sont pas exceptionnelles toutefois à la suite des lésions corticales récentes. Il s'agit là de troubles inconstants, souvent peu marqués et toujours passagers, dont la pathogénie n'est pas parfaitement élucidée. Peut-être la perturbation apportée dans le jeu de la moelle par le retentissement de l'altération du cerveau, joue-t-elle quelque rôle dans la genèse de ces anesthésies. La chose est possible. Toujours est-il qu'en rapprochant les uns des autres les cas dans lesquels ces troubles ont été observés, nous avons pu légitimement, ce nous semble, dégager les propositions suivantes :

A la suite des lésions du lobe frontral (la circonvolution frontale ascendante exceptée), il n'y a pas de troubles de la sensibilité ;

A la suite des lésions des circonvolutions motrices, l'anesthésie est habituelle mais peu marquée et passagère ;

Dans les cas de lésions des circonvolutions occipito-sphénoï-

dales, l'anesthésie est possible mais exceptionnelle, et, dans tous les cas, légère et transitoire ;

Enfin si l'altération porte à la fois sur les circonvolutions motrices et sur les occipito-sphénoïdales, l'anesthésie est beaucoup plus prononcée et probablement plus durable, d'autant plus marquée en règle générale, que les lésions sont plus étendues.

Ces faits nous autorisent à conclure qu'il existe dans l'écorce une vaste zone *sensitive*, qui vraisemblablement comprend toutes les circonvolutions, sauf celles du lobe frontal.

Tous les détails qui précèdent se résument en somme dans la proposition, légèrement modifiée, que M. Pitres émettait, il y a cinq ans, comme une simple hypothèse : chez l'homme, les fibres sensitives réunies, comme dans un carrefour, au niveau du tiers postérieur de la capsule interne, au lieu d'aller se terminer comme les fibres motrices, dans des territoires corticaux physiologiquement distincts, se distribuent à peu près indifféremment dans toute l'étendue des circonvolutions pariéto-sphéno-occipitales. Telle est du moins la conclusion qui ressort pour nous de l'étude anatomique et clinique que nous avons poursuivie.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

I. Goitre exophthalmique ou maladie de Basedow, nature et traitement de cette affection ; par F. Panas. (*Archives d'ophtalmologie*, n° 2, janvier-février 1881.)

Après avoir rappelé les principaux travaux publiés sur ce sujet et appelé l'attention sur la polyurie et la glycosurie, signalées dans les plus récents, l'auteur, par l'analyse des symptômes, l'étude de leur mode d'apparition, de leur ordre de succession et de leurs causes, établit la pathogénie de la maladie.

Les troubles cardiaques précédant l'engorgement du corps thyroïde et l'exophthalmie ne sauraient dépendre de la diminution de la tension sanguine dans le système vasculaire de la tête et du cou. Le manque d'action des vaso-constricteurs cervico-céphaliques n'a pas pour cause la paralysie du sympathique cervical comme on pourrait le croire d'abord. Cette paralysie ne s'accompagne ni d'exorbitis, ni de goître vasculaire, ni de la dilatation des gros troncs artériels et veineux du cou, mais bien de myosis, symptôme le plus constant et le plus permanent. Les yeux s'enfoncent, l'ouverture palpébrale se rétrécit, la sclérotique disparaît sous la congestion de la conjonctive. Dans le goître exophthalmique, seules sont turgescentes les veines ciliaires antérieures.

L'exophthalmie n'a pas pour cause l'action du goître sur les vaisseaux du cou, sur la trachée et encore moins sur le grand sympathique. Elle fait défaut dans le goître suffocant même. L'état du cœur non moins que les considérations précédentes, oblige à placer le siège de la maladie de Graves dans le bulbe. Mais s'agit-il d'un processus irritatif, d'une excitation des filets sympathiques cardiaques et des vaso-dilatateurs provenant du cordon cervical (Vulpian), ou au contraire d'une paralysie des nerfs d'arrêt et des vaso-constricteurs? Les deux opinions peuvent se soutenir. L'auteur incline vers la dernière et cite à l'appui l'observation d'une malade heureusement traitée par des injections sous-cutanées d'ergotine. Elle avait eu déjà des attaques épileptiformes, de l'aphasie, de l'hémianesthésie, de l'hémiparésie, et enfin son exophthalmie se compliqua de myopie, contrairement à l'opinion de von Græfe. D. B.

II. Remarques sur les accidents déterminés par des fractures chez les femmes épileptiques ; par F. Terrier et H. Luc. (*Revue de chirurgie*, janvier 1882.)

Les auteurs ont observé sur deux épileptiques une fracture de la clavicule et une fracture complète de jambe. Dans le premier cas, malgré l'absence de déplacement, douleurs locales très vives, s'irradiant dans le thorax, le cou, la face, le membre supérieur du côté répondant à la lésion ; hyperesthésie et contracture du membre supérieur et du cou, contracture interrompue par des crampes violentes. Après la levée de l'appareil, qui les avait peu modifiées, la contracture et les crampes

s'exagérèrent à la suite d'une attaque d'épilepsie, puis d'une attaque d'hystérie. Elles disparurent plus d'un an après, sous l'influence variée des courants continus, de l'aimant et de l'électricité statique.

On ne découvre la fracture de la seconde malade sans expression, par moments gâteuse, peu excitable, que par hasard dix jours après l'accident. Elle mouvait en tous sens pied et jambe, et ne voulut jamais croire à sa maladie, qui guérit fort bien dans un appareil plâtré appliqué de force.

Ces observations ne disent malheureusement rien de précis sur la sensibilité générale et spéciale des malades.

Rapprochant ces deux observations de celle d'une malade simplement névropathe, atteinte de contracture de la main et de l'avant-bras droit à la suite d'une contusion, puis d'une affection semblable du côté gauche à la suite d'une fracture du péroné gauche sans réaction dans le membre inférieur, F. Terrier et H. Luc se demandent s'il n'y aurait pas une différence d'innervation entre les extrémités supérieure et inférieure, et si ce fait probable n'expliquerait pas les accidents différents observés sur leurs épileptiques. D. Bernard.

III. Sur les températures inférieures des malades atteints d'une lésion cérébrale; par Sklowsky. (*Wratsch*, 1880, n° 12.)

L'auteur a observé chez un paralytique une température de 31°, 9 — 32°, 3 sous l'aisselle, et de 32°, 3 dans le rectum. Cette température a duré jusqu'à la mort, et l'autopsie a fait reconnaître un ramollissement de la partie postéro-inférieure de l'hémisphère droit du cervelet allant jusqu'au pédoncule cérébelleux moyen. M. Mendelssohn.

IV. Sur un cas de basse température; par Kasyreff. (*Wratsch*, 1880, n° 12.)

L'auteur a observé pendant quatre jours une température oscillant entre 30°, 1 et 26°, 5 chez un sujet atteint de commotion du cerveau et présentant des symptômes paralytiques dans les muscles du tronc et des extrémités. M. M.

V. La fonction bilatérale et la sinapiscopie; par Adamkiewicz. (*Przeglad Lekarski*, 1880, nos 47 et 48.)

Adamkiewicz, trouvant dans le phénomène du « Transfert » mis en évidence par les procédés métalloscopiques un nouvel appui pour la théorie des fonctions bilatérales qu'il soutient depuis 1877, a essayé de provoquer par les sinapismes la même série de phénomènes que ceux dans lesquels les plaques métalliques n'agissent que comme agents irritants. Ayant en effet constaté les mêmes effets après l'application des sinapismes, il désigne la recherche de ces phénomènes sous le nom baroque de *sinapiscopie*. Le retour de la sensibilité dans le côté anesthésique sous l'influence de l'application du sinapisme a été dans ces expériences un fait constant; mais le degré et la persistance de ce retour ont été variables suivant les cas. Ainsi la sensibilité douloureuse revenait toujours, mais jamais la sensibilité thermique. Ces recherches, faites avec le concours du Dr Adler chez l'homme sain, ont démontré que les sensibilités tactile et douloureuse s'exagèrent à l'endroit de l'application du sinapisme, tandis qu'elles diminuent à l'endroit correspondant du côté opposé qui n'a pas été irrité.

A la fin de son travail, l'auteur développe ses idées sur les fonctions bilatérales, en les regardant comme l'expression des fonctions appartenant à ses nerfs et à ses ganglions symétriquement disposés des deux côtés de l'organisme. M. M.

VI. Sur les altérations anatomiques du cerveau dans les maladies infectieuses; par A. Rosenthal. (*Gazeta lekarska*, n° 19, 1881.)

L'auteur, examinant plusieurs cerveaux (surtout la circonvolution frontale ascendante et la moelle allongée) de malades morts de fièvre typhoïde, récurrente ou puerpérale, de pyohémie et de scarlatine, a constaté des altérations de ces centres, et principalement dans les cellules pyramidales de l'écorce. Ces dernières perdent leurs prolongements, deviennent rondes, subissent la transformation adipeuse et dégénèrent. Dans quelques cas, Rosenthal a trouvé un nombre de cellules plus considérable que dans l'état normal, ce qu'il attribue *à la segmentation* des cellules. Les cellules nouvellement formées contenaient un grand noyau et un protoplasma

très délicat. Il a constaté les mêmes altérations dans les cellulles nerveuses de la moelle allongée et surtout dans le noyau du pneumogastrique et du spinal. Parfois il a eu l'occasion de voir (sur le plancher du quatrième ventricule) un grand nombre d'éléments lymphoïdes sous l'épithélium. L'auteur regarde ces altérations parenchymateuses du cerveau comme correspondant à des altérations analogues d'autres organes survenant dans les maladies infectieuses. M. M.

VII. Leptomeningitis hæmorrhagica, présentant les symptomes de la paralysie progressive; par Bechètrèw. (*Gazette clinique hebdomadaire* (*russe*), 1881, nos 8-10.)

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade de la clinique de M. le professeur Mierzejewsky, qui présenta pendant la vie le tableau clinique de la paralysie générale, avec quelques particularités : une trop longue durée, dix-neuf ans (à Pétersbourg, ces malades meurent au bout de trois à cinq ans), et un affaiblissement relativement faible des facultés psychiques. A l'autopsie, on releva, outre une thrombose des deux tiers du sinus longitudinal supérieur, une inflammation hémorrhagique de la pie-mère et une inflammation analogue de la dure-mère. L'auteur croit que, dans ce cas, la méningite a été la lésion primitive et que la thrombose du sinus s'est produite secondairement; cela paraît ressortir de ce fait qu'on trouva dans les bronches à peine quelques traces d'organisation. Dans la moelle, on constata un fort développement d'éléments conjonctifs de la névroglie. M. M.

VIII. Une famille atteinte d'ataxie locomotrice; par M. R. Gowers. (*Trans. of the Clin. Soc. of London*, vol. XIV, 1881, p. 1.)

Le père est mort depuis deux ans, d'une maladie de Bright; il n'a pas eu d'affection nerveuse. Il avait deux frères, dont l'un est mort aussi de maladie de Bright, et l'autre est aliéné. Deux de ses cousins seraient aussi aliénés. La mère du père était paralysée de la langue, quand elle est morte. — La mère est morte d'une tumeur abdominale, elle avait eu deux attaques de chorée dans son enfance.

La famille se compose de neuf enfants. L'aîné a trente-neuf ans, il a commencé à souffrir d'incoordination de la marche à vingt et un ans, aujourd'hui l'ataxie a gagné les mains, il a perdu ses réflexes tendineux, etc. Le deuxième enfant était une fille qui est morte à dix ans d'une affection fébrile. Le troisième est un fils, il a trente-cinq ans, bien portant; il a plusieurs enfants aussi bien portants. Le quatrième est encore un fils, qui a trente-trois ans et est bien portant. Le cinquième est une fille qui à vingt-neuf ans, et qui a commencé à dix-huit ans à avoir de la difficulté à marcher; les troubles tabétiques se sont accentués depuis. Le sixième est un fils de vingt-six ans qui se porte bien et a des enfants en bonne santé. Le septième est un fils qui a vingt-quatre ans; il n'est plus capable de traverser la chambre tout seul, il avait dix-neuf ans quand il a éprouvé les premiers symptômes. Le huitième est un fils de vingt-deux ans paraissant bien, mais il a des troubles de l'équilibration dans l'obscurité, il a de temps en temps un peu d'incoordination; il a perdu ses réflexes, sa parole est légèrement troublée, etc. Le plus jeune fils, qui a dix-neuf ans, est aussi affecté : parole scandée, un peu d'instabilité de la marche, perte des réflexes. Ainsi sur huit enfants, qui ont atteint l'âge adulte, cinq sont affectés. Carré, Duchenne, Carpenter, Dreschfeld ont déjà rapporté des faits de ce genre ; Friedreich a noté dans ce cas la fréquence des troubles du langage qui dans cette série ont été presque toujours observés. Quelquefois, dans cette forme d'ataxie; dite *héréditaire*, il existe du nystagmus, comme le montre un cas de Seeligmüller. En ce qui regarde l'étiologie, il n'existait pas de traces de syphilis héréditaire ou acquise; il n'y avait pas non plus d'ataxie connue chez les ascendants, mais du côté paternel, il existait plusieurs aliénés, et la mère qui avait eu des attaques de chorée et avait évidemment une disposition névropathique. Ces particularités de l'histoire de la série de M. Gowers sont en rapport avec l'opinion que nous avons souvent entendu exprimer par M. Charcot : à savoir que ce qui joue le plus grand rôle dans l'étiologie de l'ataxie, ce sont les états névropathiques des ascendants; et il ne manque jamais d'interroger les malades, sur l'existence chez leurs parents directs ou collatéraux, non seulement d'affections médullaires, mais encore d'affections cérébrales ou de troubles psychiques.

Ch. F.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

I. FOLIE POSTÉPILEPTIQUE ; par Wilhelm SOMMER. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XI. 3.)

Sous ce titre, M. Sommer se propose d'étudier, à l'aide de cent cinquante observations prises à l'asile d'Allenberg, la démence persistante qu'amène l'épilepsie à la longue et les formes vésaniques passagères, intervallaires, considérées comme épiphénomènes de l'accès.

Relativement à la *démence*, l'auteur s'attache à mettre en lumière les caractères qui distinguent cette impotence intellectuelle, d'origine épileptique, d'avec les démences émanant de toute autre affection. Telles sont sa non-continuité (du moins au début, intervalles lucides) et les difficultés de perception qui entraînent une difficulté de comprendre et de retenir (lenteur de la lecture et de l'écriture) contrastant avec le souvenir facile des anciennes sensations. Ainsi l'épileptique qui lira péniblement une ligne, résoudra aisément des équations algébriques; d'où son emphase, sa pédanterie. Bientôt l'amnésie s'étend également au passé, mais elle est incomplète, inégale, et nullement proportionnée à l'importance des événements ; en essayant de suppléer aux lacunes de sa mémoire, l'épileptique se crée un style maniéré, agrémenté de périphrases et de néologismes. C'est aussi cette déchéance intellectuelle qui, par défaut de conception, entraîne le malade à devenir irascible, susceptible, méchant, méfiant, en même temps qu'une certaine conscience de sa faiblesse et de l'incurabilité de son affection le rend pessimiste, misanthrope, bigot, obséquieux (hypocrisie). Enfin quand il a épuisé son ancien bagage mnémonique, dans l'impossibilité où il se trouve d'enregistrer avec fruit de nouvelles impressions, le malheureux est réduit à une idiotie muette par suite des progrès des lésions bulbaires. Des lettres de malades prises à diverses époques de la maladie font foi de cette progression. Notons ici, qu'à l'inverse de ce qui était admis

jusqu'alors, la statistique de M. Sommer fait remonter la plus forte part de responsabilité dans la démence épileptique aux grands accès et non au petit mal.

Les *troubles de la connaissance* en rapport avec l'épilepsie sont de deux sortes. Les uns se montrent en l'absence de tout accès convulsif et souvent sans qu'on puisse jamais saisir la moindre trace de ce dernier; c'est l'épilepsie anormale: les autres sont en relation d'origine et de temps évidente avec les convulsions épileptiques complètes. Psychoses absolument isolées de l'accès et le remplaçant (équivalents), ou vésanies intervenant à la suite d'accès antérieurs, toutes auraient même pathogénie. L'accès complet ordinaire, dit M. Sommer, se compose de plusieurs accès partiels dépendant chacun du département nerveux qui lui donne naissance; adoptant l'opinion que l'épi lepsie est corticale c'est-à-dire que la moelle allongée influence d'abord les vasomoteurs cérébraux, et que l'attaque classique est la résultante de l'accumulation de ces effets, il pense qu'il s'agit précisément en tous les cas de la limitation des troubles angioparalytiques ou angiospastiques à tel ou tel district de l'écorce; cette localisation dépendrait de la variabilité de la modalité réactionnelle propre à chacun des départements en question ou de la lenteur de généralisation des effets vasomoteurs. Quoi qu'il en soit, M. Sommer ne traite que des *psychoses chez des épileptiques avérés*, à l'exclusion des équivalents (épilepsie psychique) isolés et de la combinaison de la névrose avec un des types cliniques connus (mélancolie, folie systématique, paralysie générale). Périodiques et souvent précédées d'aura, elles ont pour caractère principal et pour fondement l'insuffisance de perception et de raisonnement (rudiment du sopor de l'acmé paroxystique); les autres perturbations de l'activité mentale qui s'y ajoutent dérivent précisément de l'impossibilité, pour le malade hébété, d'interpréter les sensations anormales dont il est l'objet (délire): ces sensations anormales seraient l'équivalent de la perte totale de sensibilité du début de l'accès complet. Un premier degré qualifié d'*état d'obnubilation postépileptique* embrasse trois espèces de phénomènes : 1° l'obtusion intellectuelle accompagnée de maussaderie, excitabilité, angoisse vague, qui précède ou suit un accès; illusions de la vue désagréables ou fantastiques ; 2° l'accès maniaque précurseur d'une crise convulsive ou d'un long sommeil; 3° des auras passagères psychosensorielles præparoxysmiques telles que la double sensation

auditive, les illusions et hallucinations spéciales et familières au même malade ; à leur égard la statistique d'Allenberg indique les mêmes proportions de fréquence qu'en ce qui a trait aux troubles de la sensibilité postparoxystiques. Ce sont justement ces perturbations sensorielles qui, mal interprétées par l'épileptique ahuri, fournissent, de concert avec le genre de caractère du malade, les éléments du délire. Selon que domineront en lui la préoccupation de son état, la méfiance, l'irritabilité, les sentiments religieux, il sera en proie aux *conceptions délirantes dépressives*, au *délire des persécutions*, à l'*angoisse* accompagnée d'*impulsions irrésistibles*, à l'*expansion extatique*. L'analyse détaillée de chacune de ces formes psychopathiques n'ajouterait rien aux descriptions répandues partout ; on consultera cependant avec fruit les cinq observations de délire expansif. Il importe également de faire remarquer la rapidité de systématisation de ces conceptions et leur non moins prompte disparition. De plus greffées sur le fond premier d'obnubilation, ces psychoses sont loin de se manifester isolées ; une d'elles apparaît pour faire, après une durée indéterminée, brusquement place à une autre entité. Quand l'épilepsie est invétérée, l'intrication, la fusion est si étroite, que le délire perd sa couleur ; de cette nuit obnubilatoire persistant des jours et des semaines, se dégagent de temps à autre, comme autant de météores, des accès psychopathiques fugitifs durant des minutes, des heures au plus. Seul, le délire expansif conserve en toute circonstance son autonomie, ne se mélangeant que très rarement avec d'autres modalités. Que ces accidents précèdent, suivent (majorité des cas) ou remplacent l'accès d'épilepsie (équivalents), ils sont toujours identiques à eux-mêmes et conservent le moment qu'ils ont dès l'abord adopté pour leur manifestation. Ce n'est d'ailleurs qu'après des années que l'épilepsie se double de l'état d'obnubilation mentale continue, la psychose augmentant d'abord de fréquence avec chaque accès, puis d'intensité, de durée, et de variété quand les accès diminuent de nombre jusqu'à ce que la démence apathique termine l'ensemble pathologique. Guérison extrêmement rare : six cas nets. Sur quatre-vingt-onze épileptiques morts en démence, la durée moyenne du séjour dans l'établissement d'aliénés était de sept années. M. Sommer complète au surplus sa description par les résultats statistiques portant sur le sexe, l'hérédité, l'âge et la cause de l'épilepsie, la fréquence des perturbations

mentales et la durée de l'épilepsie avant qu'elles n'apparussent. P. K.

II. Côtes fracturées dans les asiles anglais; par Lauder Linsay, médecin de l'institut royal de Murray, pour les aliénés, à Perth, en Écosse. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule, p. 31-53.)

Ce mémoire réfute l'assertion que toutes les fractures de côtes ou d'autres os sont le résultat de mauvais traitements de la part des gardiens. Ces lésions peuvent se montrer très facilement en dehors de toute violence ou rudesse des servants; beaucoup sont dues à l'abolition inopportune de la contrainte mécanique. L'auteur est ennemi du système du no-restraint, aussi dangereux pour les patients que pour les fonctionnaires et les gardiens des asiles.

Ces lésions peuvent s'expliquer par l'extrême fragilité du tissu osseux chez les aliénés; elles sont souvent produites par l'aliéné lui-même, elles sont souvent dues à une violence très legère. Ce mémoire est suivi de l'exposé : 1° d'un cas d'ostéomalacie; 2° de la relation de cas de fractures de côtes découvertes seulement à l'autopsie; 3° de l'exposé de cas de fractures de côtes découvertes à l'admission dans les asiles d'aliénés. E. Ch.

III. Le traitement médical rationnel des maladies mentales aigues et curables; par le Dr Wiltie Burmann, médecin en chef du « Wilts country lunatic asylum, Devizes. » (*The Journal of mental science*, octobre 1879 et janvier 1880) (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule, p. 84-93.)

Le Dr Burmann demande comme Mundy, Lockowt, Robertson, Griesinger, lord Shaftesbury, la séparation des cas récents et des cas curables et des cas qui ne laissent plus guère d'espoir de guérison.

1° La proportion des cas curables étant de 7 à 7, 25 p. 100, ceux-ci doivent être à l'hôpital bien moins grand que l'asile destiné aux incurables;

2° Au point de vue économique, cette séparation est avantageuse;

3° Cette division déconsidèrerait moins le malade placé à l'hôpital et les familles, comprenant la différence d'avec l'asile, hésiteraient moins à y placer leurs aliénés; la médecine y ferait plus de progrès; les cas de suicide seraient plus rares; les médecins spécialistes s'attacheraient davantage à l'étude des malades de l'hôpital. L'auteur n'admet pas que son projet soit impraticable à cause de la difficulté qu'il y aurait à distinguer les curables des incurables; il n'admet pas que son projet entraîne à trop de frais, tant s'en faut. On ne ferait pas d'économies sur les malades de l'asile au point de vue du traitement et de l'entretien, mais on prélèverait une surtaxe sur les malades de l'hôpital. L'auteur réclame un bureau d'admission comme à Sainte-Anne, mais il insiste pour que l'hôpital et l'asile soient connexes, enfin il réclame l'emploi plus que jamais de l'hydro et de l'électrothérapie, de la lumière, de l'obscurité, et de la lumière cobici, l'emploi du pneumatomètre, du stétographe, de l'apnographe, enfin de toute la thérapeutique pneumatique. — Ces opinions ne peuvent être admises sans un examen approfondi. E. Ch.

IV. Sur l'aphasie et sur la chronicité et l'hérédité dans la détermination des types de folie ; par M. le Dr Billod. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule. p. 94-102.)

En tenant compte de deux éléments qui chez l'aphasique peuvent être conservés ensemble ou détruits chacun séparément, à savoir : 1° l'intelligence, 2° la force morale ou l'énergie du caractère, M. Billod, en faisant ressortir combien l'aphasique ressemble à l'enfant et au vieillard, pense que l'aphasique, tout intelligent qu'il soit resté, n'en est pas moins dépourvu d'une certaine force morale, devenu accessible à certaines influences, désarmé devant le danger des captations. « Si peu nombreux que soient les cas d'aphasie dans lesquels l'intelligence reste intacte, il est impossible de ne pas les admettre. Seulement il ne faut pas se croire autorisé à conclure toujours de l'intégrité de l'intelligence à celle de la force morale, et par suite à la responsabilité entière. A l'opinion de M. Billod, le Dr Cuylitz oppose la définition de M. Jules Falret, qui signale comme caractère distinctif de l'aphasie,

l'intégrité de l'intelligence et des organes de la phonation. M. Cuylitz ne partage pas l'opinion de M. Billod qui, par la théorie de la suppléance cérébrale, explique comment l'intelligence peut rester entière chez l'aphasique: il n'est pas besoin de cette théorie; l'intelligence reste intacte parce que les parties du cerveau réservées aux fonctions intellectuelles ne sont pas atteintes. En admettant la suppléance, comment si peu de malades en profitent-ils? M. Cuylitz n'admet pas l'application de la théorie de la suppléance pour le langage, car il n'y a qu'un centre et non deux pour le langage. Par conséquent il n'admet pas la conclusion de M. Billod relativement à son cas d'aphasie chez un paralytique général à savoir que : si la suppléance pour le langage n'a pu s'établir dans ce cas, c'est vraisemblablement que les deux circonvolutions étaient symétriquement lésées.

Quant à la chronicité, elle constituerait un procédé à l'aide duquel la folie héréditaire qui évolue par générations successives d'individus, développerait ses différents stades sur un même individu, ce qui se réduit à une question de part et d'autre. Les aliénés qui doivent à la chronicité leurs apparences héréditaires sont rares. M. Billod n'en a observé que quinze cas bien nets sur quinze mille aliénés. E. Ch.

V. Le morphinisme; par le Dr Frantz Muller, de Gratz, (*Wiener medizinischen presse*, 1880)

Lorsque Wood, l'inventeur des injections sous-cutanées, créa par sa méthode un admirable moyen de soulagement pour l'humanité souffrante, il ne se doutait guère qu'il allait donner naissance à un mal aussi grave que l'opiophagie de l'Orient, mal d'autant plus triste que ses victimes habituelles sont des gens instruits et surtout des médecins. Cette maladie, qui consiste dans l'usage continu des injections de morphine, s'appelle le morphinisme.

Le tableau clinique du morphinisme est vaste, car, d'ordinaire, toutes les fonctions de l'organisme sont atteintes.

I. Au premier plan sont les troubles de la nutrition. Après six, huit, douze mois de fortes doses de morphine injectée sans interruption, les malades commencent à se plaindre d'anorexie et de constipation opiniâtre; puis, ils maigrissent rapide-

ment. Le visage pâlit, devient cadavéreux, la peau se ride; les yeux sont cerclés, les globes oculaires perdent leur éclat, le regard n'a plus aucune expression. Les membres inférieurs s'œdématient, la démarche devient chancelante. Plus tard, le catarrhe de l'estomac, les vomissements, les pituites du matin ne font jamais défaut.

II. Tout aussi importantes sont les altérations des sécrétions. L'urine contient, dans les cas accentués, de l'albumine et même du sucre. (Krage et Levinstein ont signalé ce fait chez des chiens morphinisés.) — On observe presque toujours chez les femmes la cessation des règles et l'apparition des pertes blanches, et chez l'homme l'absence des spermatozoïdes et l'impuissance. La sécrétion sudorale est aussi profondément troublée : les malades sont souvent baignés d'une sueur visqueuse, qui les oblige à changer de linge plusieurs fois par jour.

III. Des troubles vaso-moteurs s'ajoutent aux précédents : le pouls est ralenti, petit, souvent filiforme et irrégulier. — Plus tard survient de l'angoisse précordiale : des crises douloureuses éclatent, caractérisées par une sensation particulière de constriction épigastrique et par de violentes palpitations; elles débutent ordinairement par une douleur que le malade compare à un coup de couteau dans le cœur.

IV. Les troubles de la motilité sont observés sans exception. Ce sont de l'affaiblissement musculaire, du tremblement de la langue et des mains, quelquefois même de l'incoordination des membres inférieurs. Les paralysies véritables manquent habituellement, et n'ont guère été observées que pour l'appareil de la vision; c'est ainsi qu'on a pu constater la parésie des muscles de l'œil (diplopie), et du muscle ciliaire (troubles de l'accommodation); d'autre part, l'immobilité de la pupille et le myosis sont caractéristiques.— La vessie est contracturée, souvent aussi paralysée, et il y a dysurie, rétention d'urine. — Les réflexes cutanés sont augmentés, et les réflexes tendineux diminués ou même abolis; cet antagonisme entre les deux ordres de réflexes est très net aux membres inférieurs, absolument comme dans le tabes classique.

V. Du côté de la sensibilité, on observe les troubles les plus variés, tels qu'engourdissements, fourmillements, démangeaisons, etc.; et en même temps les malades souffrent de névralgies diverses, intercostales, viscérales.

VI. Dans la sphère sensorielle, on a observé à plusieurs reprises l'amblyopie morphinique, des modifications du goût (saveur amère des aliments), et plus rarement des troubles de l'ouïe et de l'odorat (bourdonnements d'oreilles, odeur de charogne).

VII. Les symptômes cérébraux et psychiques sont très importants. Les plus constants sont une céphalalgie sourde, particulière, des syncopes, des vertiges, des troubles de la respiration ; et, dans l'ordre psychique, un changement fréquent du caractère qui devient sombre, morose, timide, un dégoût prononcé pour le travail, une indifférence qui va jusqu'à l'apathie complète, et par dessus tout la disparition de toute énergie, de toute volonté. La mémoire qui réagit encore promptement et fidèlement dans les cas récents, s'affaiblit à la longue. — Les perceptions sont singulièrement ralenties. Les hallucinations de la vue sont rares.

Ces troubles somatiques et psychiques conduisent fréquemment les malades au dégoût de la vie et à des tentatives de suicide.

En dehors de ces symptômes, surviennent souvent, dans la période ultime du morphinisme, des accès de fièvre qui méritent une mention spéciale : ils revêtent la forme intermittente et sont caractérisés par des stades habituels de frisson, de chaleur et de sueur. La température atteint de 38° à 40°; la rate est augmentée de volume. — Le type tierce est le plus fréquent ; mais, parfois, l'intermittence est irrégulière. Au paroxysme de la fièvre, survient souvent du délire. Parfois on n'observe aucune intermittence, et la fièvre revêt l'apparence d'une fièvre typhoïde ; les malades ont de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, de la prostration ; ils sont obligés de garder le lit plusieurs semaines (forme typhoïde de Levinstein).

Le diagnostic ne présente ordinairement aucune difficulté, bien que la séméiotique du tabes, surtout quand il n'existe pas encore d'incoordination, soit assez semblable à celle du morphinisme ; rappelons en effet l'anesthésie, les douleurs fulgurantes, la dysurie, la constipation, l'extinction du réflexe tendineux, les vertiges. Mais c'est avec l'alcoolisme chronique que le morphinisme a le plus de ressemblance et même d'analogie ; toutefois l'examen minutieux des circonstances étiologiques établira facilement le diagnostic.

La marche est essentiellement chronique et fatalement pro-

gressive, les malades augmentant chaque jour la dose de morphine pour obtenir les mêmes effets; ils tombent alors dans un état cachectique qui les mène plus ou moins vite à la mort. Les récidives sont fréquentes : un malheureux atteint de morphinisme entre à l'hôpital; il est privé de morphine, il guérit, et il sort jurant de considérer la seringue de Pravaz comme un *Noli me tangere*; mais, au plus prochain accès douloureux, sa force de résistance est vaincue, et il a de nouveau recours aux injections. Levinstein a compté soixante et une récidives sur quatre-vingt-deux cas, dont trente-deux chez des médecins.

Comme étiologie, il faut signaler d'abord l'existence d'une affection douloureuse qui a nécessité l'emploi de la morphine et qui, calmée d'abord par des doses faibles, ne l'est plus tard que par des doses de plus en plus fortes, un, et même deux grammes! Le sexe masculin, la profession médicale, pour des raisons faciles à comprendre, sont le plus souvent atteints.

Le traitement doit évidemment consister à priver les malades de morphine et à empêcher les récidives. On a beaucoup discuté dans ces derniers temps la question de savoir si la cessation de la morphine devait être brusque (Levinstein et Boek) ou progressive (Güntz). A priori, tout parle en faveur de la cessation brusque; mais voyons les résultats de cette méthode. Les premières heures qui suivent la dernière injection s'écoulent dans le calme; puis surviennent des frissons, des bâillements, des éternuements, de la céphalalgie et des névralgies pénibles; un peu plus tard, de la diarrhée, des vomissements, une insomnie persistante. A ces symptômes s'ajoute une prostration profonde, de la dépression psychique, et une anorexie complète. On peut réussir à combattre cet état par des excitants et des analeptiques, parfois par une petite dose de morphine; mais les symptômes peuvent aussi s'aggraver au point d'amener la mort. Ainsi mourut à l'hôpital de Dresde une couturière, qui, privée de morphine, tomba dans un collapsus dont on ne put la tirer. Un jeune médecin succomba de même, malgré la précaution prise de lui injecter de temps en temps une petite quantité de morphine. Au lieu de ce collapsus redoutable, on peut voir apparaître un délire, sur lequel Levinstein a le premier attiré l'attention, et qui est très analogue au delirium tremens : délire, tremblement, in-

somnie, hallucinations, terreur, tels sont les traits habituels [1]. Plus rarement, on a vu, à la suppression subite de la morphine, survenir des pneumonies.

Cette méthode n'est donc pas inoffensive. Le morphinisme étant caractérisé surtout par un état d'épuisement du système nerveux central, il n'est pas étonnant qu'un moyen qui prive complètement et brusquement les centres nerveux de leur irritant accoutumé puisse entraîner les accidents les plus graves. Il faut ne se faire aucune illusion sur les prétendus avantages de la suppression brusque, et ne s'attendre nullement à un résultat réel et durable si le malade quitte l'hôpital au bout de huit ou quinze jours; l'affaiblissement de sa volonté rend la récidive tout aussi sûre que chez l'alcoolique qui, quelques jours après un accès de delirium tremens, sort de la clinique soi-disant guéri.

Seul, un traitement de longue durée et systématique et une surveillance étroite du malade peuvent amener un soulagement durable, et c'est vers ce but que le médecin doit diriger tous ses efforts. La cessation graduelle doit être uniquement employée.

Ici, l'auteur expose sa méthode. Elle consiste à substituer à la morphine de petites doses d'opium, et à diminuer ensuite la quantité d'opium jusqu'à sa suppression. L'opium unit à l'action de la morphine une action tonique et trophique sur les centres nerveux, et il calme les troubles gastriques. Le patient reçoit encore un soir son injection accoutumée; puis, le lendemain, au lieu de morphine on lui fait une injection d'opium qui représente la moitié ou le tiers de l'alcaloïde habituel. En même temps, on administre un peu d'extrait thébaïque et de noix vomique sous forme de pilules qui auront pour avantage de permettre de cesser un peu plus tôt les injections. On soustraira ensuite chaque jour un centigramme à la dose de l'injection, jusqu'à ce qu'on arrive à une quantité très peu élevée, à laquelle on se tiendra plus longtemps, avant de la supprimer elle-même peu à peu. — Un régime fortifiant sera prescrit; et comme les malades éprouvent tout d'abord une répulsion invincible pour la viande, on leur fera prendre du jus de viande

[1] M. Bourneville a rapporté dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* (t. III, p. 53) un cas très remarquable de morphinisme. Son traitement a consisté en la diminution progressive de la morphine; en injections de plus en plus faibles d'atropine; en douches, etc.

fraîchement exprimé, ou du « fluid meat », dans le potage. Le premier jour de ce traitement, le malade est abattu; il a des frissons, des bâillements, des sueurs, et surtout de l'insomnie; on combattra facilement ces symptômes par l'administration, le soir, d'un verre d'un vin généreux ou de Sherry. Le matin on fera des frictions humides à 12° ou 16°.

Par ce mode de traitement, l'auteur n'a jamais vu survenir d'accidents graves, tels que le collapsus. L'état général s'améliore peu à peu; la langue se nettoie, la fétidité de l'haleine disparaît, l'appétit renaît rapidement; les selles reprennent leur régularité, le sommeil revient, le tremblement cesse, les pupilles redeviennent normales, la vue s'améliore, la nutrition enfin s'accomplit d'une manière satisfaisante.

Un point aussi important que la cessation de la morphine est d'empêcher les récidives. Pour éviter les rechutes, il est nécessaire, avant tout, de faire subir à la maladie qui avait nécessité primitivement l'emploi des injections, un traitement rationnel et d'essayer de la guérir.

Mais la prophylaxie la plus importante est placée entre les mains des médecins et des pharmaciens, elle doit consister en ceci : 1° jamais, en aucun cas, le médecin ne remettra au malade ou à son entourage ni seringue de Pravaz, ni liquide à injecter. En faisant une pareille concession à ses clients, un médecin les condamne à mort; 2° les pharmaciens ne délivreront les solutions de morphine qu'aux médecins.

En face des commandes incessantes de seringues à injections sous-cutanées qui sont faites par le public aux fabricants d'instruments de chirurgie, la presse médicale a le devoir d'avertir le public des suites terribles du morphinisme. L'auteur résume en terminant l'intéressante observation qui suit :

« Th. B..., trente-huit ans, célibataire, institutrice, mère névropathe et tante hystérique. A vingt-trois ans (1864), à la suite d'émotions violentes, elle perdit le sommeil; puis, céphalalgie, cardialgies, et névralgie intercostale gauche. En 1869, après une fièvre typhoïde, cet état s'aggrava tellement qu'on dut remplacer le traitement interne par des injections de morphine. Ces injections produisaient chaque fois un soulagement momentané, sans enrayer le mal. Au commencement de 1875, la malade commença à se les faire elle-même, et elle arriva rapidement à huit, neuf, dix seringues par jour. Elle s'injectait par jour en moyenne quarante-cinq centigrammes d'hydrochlorate de morphine. Dans le courant de 1877, fort tremblement des extrémités, constipation opiniâtre, perte complète de

l'appétit, vomissements surtout le matin, cessation presque complète des règles et flueurs blanches abondantes, affaiblissement de la mémoire, apathie, diplopie, accès de fièvre intermittente. Elle pri à diverses reprises la résolution de renoncer aux injections de morphine, mais ne put y parvenir. En janvier 1880, elle alla consulter le Dr Walser, qui me l'adressa.

Voici le résultat de mon examen : taille moyenne, amaigrissement considérable, état squelettique, aspect cadavéreux. La face antérieure des deux cuisses est parsemée de nombreuses piqûres et de petites cicatrices. P. 88, filiforme, lent. T. 38, myosis; langue très chargée, fétidité de l'haleine; tremblement de la langue, des lèvres, des mains, oscillations des paupières, névralgie intercostale gauche. — Extinction du réflexe tendineux; exagération des réflexes cutanés; - urines troubles, sédimenteuses, albumine appréciable.

La malade reçut le soir même pour la dernière fois l'injection habituelle. Le lendemain, 30 janvier, au lieu de la dose ordinaire (quarante-cinq centigrammes) de morphine, on lui injecta à deux heures de l'après-midi neuf centigrammes d'extrait aqueux d'opium ; plus tard, elle prit six pilules contenant chacune un centigramme du même extrait; le soir, un verre de sherry. Puis, tous les matins, frictions de 12° à 16°. Comme régime, du jus de viande, des œufs, du vin ; et, contre la névralgie intercostale, application des courants constants.

Chacun des jours suivants, on injecta un centigramme d'opium de moins jusqu'à ce qu'au 4 février la dose fut réduite à quatre centigrammes; elle fut maintenue telle jusqu'au 20. A ce jour, les règles qui avaient cessé depuis l'automne de 1877, réapparurent sans douleur. Le 20 février on injecta trois centigrammes, et la malade prit quatre pilules; le 22 février, elle reçut une injection de un centigramme et trois pilules en tout quatre centigrammes d'extrait d'opium, c'est-à-dire quatre milligrammes de morphine. Depuis le 31 janvier, la malade eut par jour trois à quatre évacuations alvines spontanées. Au 2 février, le myosis avait disparu, et, le 10, il n'y avait plus que des traces d'albumine dans l'urine. — La patiente jouit aujourd'hui d'un bon appétit; sa langue est tout à fait nettoyée, le tremblement a cessé. Les pupilles sont moyennement dilatées et réagissent bien sous l'influence de la lumière; la névralgie intercostale s'est dissipée, le réflexe tendineux a reparu des deux côtés du corps, et l'état physique et psychique s'est considérablement amélioré. »

L'auteur ajoute comme complément de son observation que la malade ne prend plus depuis le 1er mars que trois centigrammes d'extrait d'opium, et qu'elle a engraissé de 3,700 grammes du 30 janvier au 12 mars.

Elle n'a pris en secret aucune dose de morphine, ainsi que l'a révélé l'examen des urines, qui a été fait depuis le 5 mars, dans le laboratoire du professeur Hoffmann, à l'aide du réactif de Fröhde (solution de dix milligrammes de molybdate de sodium dans dix centimètres cubes d'acide sulfurique pur concentré). L'énergie de ce réactif est telle qu'il peut mettre en évidence jusqu'à cinq dix-millièmes de grammes de morphine.

Ch. Maygrier.

VI. Education des idiots; par le Dr C.-H.-S. Davis, de Meriden (Connecticut). (*American medical bi-hebdomadaire*, juin 1881.)

De même que le Dr Berlin, il arrive aux conclusions suivantes en ce qui concerne l'éducation des idiots : 1° les idiots et les imbéciles doivent être traités d'une façon différente et séparément des autres malades; 2° il n'y a aucun avantage à les placer dans les écoles avec les autres enfants; 3° il ne faut pas les enfermer avec les fous dans les asiles; 4° on ne doit pas les incarcérer dans les maisons de correction; 5° on ne les réunira pas aux pauvres pensionnaires des maisons de charité; 6° dans la grande majorité des cas, le traitement sera beaucoup meilleur s'il est bien organisé et fait à domicile. Toutes ces conditions, sauf la dernière, paraissent bien fondées. Il est en effet fort difficile, sauf pour les enfants riches, d'organiser à domicile un traitement et un enseignement convenables.

VII. Aliénation mentale chez un sujet atteint d'anémie et de cachexie palustres; par W.-Julius Mickle. (*Practitioner*, novembre 1881, p. 338.)

Cas curieux d'aliénation mentale, chez un sujet qui ne présentait ni antécédents personnels ou héréditaires, ni cause prédisposante quelconque : quelque temps après le dernier accès palustre, le malade devient incohérent et violent, sans que l'on puisse toutefois constater chez lui ni hallucinations, ni illusions; pendant un certain temps il a été gâteux. En même temps, on voit apparaître des signes d'anémie et de

cachexie avancées ; teinte jaune sale de la peau, œdème très marqué des extrémités inférieures, troubles cardiaques, altération des globules sanguins, etc. Cet état physique et mental dont le début remonte à environ six mois, n'a pas cessé de s'aggraver d'une façon progressive. Le traitement par l'arsenic ayant complètement échoué, le sulfate de quinine est administré à la dose de 1 gramme environ par vingt-quatre heures, et en deux jours on obtient une amélioration appréciable. Au bout de cinquante jours de traitement quinique et martial, le malade est presque guéri ; on suspend la quinine, et on maintient le fer (on avait graduellement abaissé la dose de quinine) ; un mois après, quelques symptômes palustres ayant reparu, on a de nouveau recours au sulfate de quinine, et six semaines après, le malade sort parfaitement guéri, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental. R. DE M.-C.

VIII. DE L'INFLUENCE DES MALADIES AIGUES SUR LA GENÈSE DES MALADIES MENTALES ; par Emile KRŒPELIN. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, t. XI, 2 et 3)[1].

B. *Rhumatisme articulaire aigu.* — L'appréciation générale des diverses opinions classiques dont l'auteur fait précéder ce chapitre nous ramène, à peu de chose près, aux généralités qui inaugurent le mémoire. M. Krœpelin se rattache pour certains cas à l'influence de la prédisposition individuelle ; pour d'autres, à l'action de l'hyperthermie (directe ou chimique). Les théories de la métastase, de la propagation inflammatoire, de la dyscrasie hématochimique, doivent à son sens céder le pas à l'étude des ferments infectieux. Le rôle psychopathique des complications disparaît devant l'anémie, conséquence de la dystrophie rhumatismale. Les variations énormes de la fréquence des psychoses en question, selon les diverses statistiques (0,07 à 12, 3 p. 100), seraient favorables à l'interprétation spécifique de leur nature (transformation du génie morbide). Un relevé de cent quatre-vingt-dix faits a fourni à M. K... : *Sexe :* M., 61, 3 p. 100 ; F., 38, 7 p. 100 ; — *âge :* moins de trente ans, 68 p. 100 ; — *prédisposition, constitution nerveuse, anémie, puerpéralité,* 31,5 p. 100 ; — *influences causales quelconques,* 72 p. 100.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 263.

Aux termes des indications, ni l'alcoolisme, ni l'intensité du rhumatisme, ni l'hérédité ne mériteraient les anathèmes lancés contre eux, tandis que l'importance des complications cardiaques serait représentée par la proportion de 57,3 p. 100.

La classification repose également, ici, sur la phase de la maladie à laquelle les vésanies se montrent.

I. Celles de *l'acmé fébrile*, les plus fréquentes, contribuent aussi pour la plus forte part à la mortalité d'ensemble causée par les complications mentales du rhumatisme (69 à 70 p. 100). Atteignant surtout les hommes (55 hommes sur 95 cas), elles sont anatomiquement constituées par l'hypérémie des centres, ou la méningite. Celle-ci est, soit purulente (18 observations de ce genre), et dérive alors de foyers pyémiques abarticulaires, soit embolique d'origine cardiaque, soit vasculofibrineuse, et mérite alors le nom de *méningite rhumatismale vraie* (10 observations à l'appui). Il n'y aurait d'ailleurs aucun signe clinique différentiel entre ces formes nécroscopiques, l'ophthalmoscope lui-même étant impuissant à déceler autre chose qu'une congestion papillaire variable (Schreiber), même en ce qui concerne la méningite rhumatismale proprement dite. Une agitation violente durant quelques heures pour faire place au collapsus, tel en est le tableau habituel à la deuxième semaine du rhumatisme, en l'absence de complications cardiaques. Voici, au surplus, le résumé synoptique des distinctions d'ordres divers établies par M. Krœpelin dans cette catégorie.

	Définition. Division.	*Symptomatologie.*	*Pathogénie.*	*Evolution.*	*Traitement.*
FORME HYPERPYRÉTIQUE.	Comprend tous les cas dans lesquels s'établit du *délire* sous l'influence d'une *hyperthermie rapide prodigieuse*. Vingt-deux faits de la bibliographie anglaise représentant l'apoplexie rhumatismale des vieux auteurs — le rhumatisme ataxique, nerveux, typhoïde.	Prodrômes. Léger délire, agitation nocturne. Loquacité. Puis, dans la 2e semaine, brusquement 41°, 42°, 43°, 44°, et mort dans un délire suraigu ou dans le coma, carus. Age. — Moins de trente ans, 77 p. 100. Sexe. — Féminin, 59 p. 100.	Toxhémie par hyperpyréxie, témoin la rémission de l'arthrite dans 36 p. 100.	La guérison n'a lieu qu'en 18 p. 100, à la condition qu'il n'y ait point de complication.	Bains froids stimulants en cas de collapsus.

	Définition. Division.	*Symptomatologie.*	*Pathogénie.*	*Evolution.*	*Traitement.*
DÉLIRES FÉBRILES.	Embrassent les formes délirantes des anciens auteurs et quelques types de formes apoplectiques et méningitiques. Quarante observations relatives aux types graves des 2e, 3e, 4e degrés.	Moins aigus ; ils appartiennent à la 1re semaine ou au début de la 2e. Agitation maniaque intense, accompagnée de convulsions et névralgies, suivie très vite de collapsus (congestion papillaire ou rétinite de Bouchut.) Rarement mélancolie, hypochondrie accompagnée d'angoisse et d'hallucinations ou stupidité, démence alternant avec du délire nocturne. Chez les jeunes hommes surtout.	Congestion cérébrale, témoins le fond de l'œil et les épistaxis de bon effet. Les cas graves témoigneraient aussi de la toxhémie. Ici également rémission de l'arthrite dans 32 p. 100 des cas.	Généralement après deux à six jours de durée. Mort (52,5 p. 100).	Antithermique et de plus saignées locales, opium. A la période de collapsus, alcool, bains tièdes.

II. Le second groupe de *complexus psychiques, intermédiaires*, survient alors que l'organisme surmené par l'hyperthermie est à la fois en proie à des complications (endo-péricardites, affections cardio-pulmonaires). Emanant de l'*hyposthénie* du système nerveux, ils durent tant que l'équilibre physiologique n'est pas réalisé. Ceux-ci (13 cas), constitués par une grande agitation accompagnée d'hallucinations, d'angoisse, entraînent, au bout de deux ou trois semaines généralement, la mort dans le coma (complications séreuses) ; on y rencontre la série des lésions déjà énumérées. Ceux-là (17 faits), concernant des individus prédisposés (anémie, alcoolisme, hérédité), se prolongent le plus souvent quelques mois ; leur forme est celle, tantôt de la mélancolie anxieuse (suicide, chorée, etc.), mortelle ou conduisant à la démence au moment où la fièvre tombe, — tantôt de la démence agitée à caractère mélancolique (chorée, sitophobie, hallucinations diverses) chez les jeunes sujets (évolution favorable). L'anémie cérébrale en est le substratum anatomique. Calmer la fièvre, relever l'économie et le système nerveux affaiblis, traiter les types morbides conformément aux principes de la psychiatrie ; voilà les indications à remplir.

III. Les *psychoses de la convalescence* proprement dites, ou *asthéniques, prolongées*, constituant la *folie rhumatismale de Mesnet* (1856), ont pour seul facteur l'hypotrophie déterminée

par le rhumatisme. Leur développement est évidemment favorisé par toutes les causes d'adynamie (excès, etc.) que l'on observe chez 30 p. 100 des malades, y compris les complications cardiaques graves (11 p. 100). Age toujours le même, sexe indifférent. Durant les unes moins, les autres plus de quatre semaines, ce sont elles qui représentent l'aliénation vraie. Leur symptomatologie polymorphe permet toutefois la systématisation suivante :

PREMIÈRE SÉRIE. Formes qui débutent par de la mélancolie ou de la manie, avec agitation vraie. Le plus grand nombre : trente-sept faits.	1° Soit légères et ressemblant alors aux *délires fébriles*, sauf l'hyperthermie.	Délire survenant surtout le soir et la nuit (agitation violente et démence exaltée), parfois accompagné d'idées mono-maniaques, d'exaltation passagère et d'hallucinations.	Durée depuis une heure jusqu'à plusieurs semaines, mois, ou plus d'un an. Guérison dans 92 p. 100.	Le traitement comme *suprà* doit être dirigé contre l'état général et la psychose.
	2° Soit graves, caractérisant la forme de *mélancolie anxieuse*.	Explosion brusque par une agitation suraiguë (parfois cependant quelques légers troubles précurseurs) dans laquelle on distingue des idées de persécution, avec quelque démence ; violences, suicide, sitophobie.		
	3° Un tiers des cas : au moment de l'abaissement de la fièvre, forme de *démence aiguë des auteurs*.	Agitation maniaque alternant avec de la mélancolie agitée, tandis qu'hallucinations incessantes de la vue, de l'ouïe ; puis calme ou stupeur anergitique.		
DEUXIÈME SÉRIE. Malades présentant d'abord de la mélancolie tranquille, avec ou sans idées monomaniaques (systématisation).	Généralement prodromes : excitabilité, irritabilité, rêves pénibles ; idées fantastiques. Graduellement, sous l'influence d'hallucinations diverses, délire mélancolique basé sur des idées systématiques enracinées, suivi généralement de stupidité à caractère de démence aiguë ; parfois d'emblée stupidité, mutisme monosyllabique ; émaciation, apathie.			

M. Krœpelin termine ce chapitre en combattant la suppléance métastatique. Il pense que la rémission articulaire, toute apparente, n'indique pas la disparition du rhumatisme, puisque persistent l'acmé fébrile et l'état général ; si le malade ne sent plus de douleur, c'est à raison de son état mental, celle-ci reparaissant dès que se calme le délire. Les cas où réellement la température et l'état général rétrocèdent, prouveraient que l'affection mentale résulte, non du rhumatisme alors disparu, mais de ses conséquences ; le retour des douleurs articulaires démontre simplement qu'il s'est produit une rechute qui, en ramenant le syndrome pyrétique, ranime le cerveau anémié et fait cesser la psychose. Cette alternance physiologique aurait en sa faveur l'observation que les psychoses sont

en rapport avec les récidives du rhumatisme. Quant aux manifestations choréiformes, elles ne seraient pas spéciales aux psychoses, d'autant qu'il est fréquent de voir les deux syndromes évoluer différemment.

C. *Pneumonie*. — La collation des statistiques des auteurs prouve la fréquence des psychoses dans cette maladie. Les cent cinquante cas réunis par M. K... ont trait à 83,8 p. 100 du sexe masculin ; 52,6 d'un âge inférieur à trente ans. Le mésusage de l'alcool y joue un grand rôle. Marche très prompte. Pronostic relativement favorable.

I. Cent sept cas appartiennent à la *période fébrile*. L'alcoolisme étant établi comme terrain primigène, c'est à l'hyperthermie, qui dans 60 p. 100 dépasse 40°, qu'il faut en attribuer le développement. C'est pour cette raison qu'on y note alors si fréquemment des pneumonies du sommet et que l'évolution, suivant la marche de la température, ne dépasse pas quelques jours. La mort ne se montre que dans 29 p. 100. La symptomatologie comporte deux catégories de types. Les premiers, en majorité, ne dépassent pas l'ascension pyrétique : ils se montrent du quatrième au sixième jour de la pneumonie avec l'élévation thermométrique de plus de 40°, par une agitation nocturne dégénérant bientôt en un délire confus, calme, entrecoupé parfois d'accès de manie ; les accidents marchent parallèlement avec les ascensions et descentes, vespérales et matinales, du thermomètre, la continuité échéante de l'hyperthermie supprimant les rémissions psychiques. Mortalité 35,4 p. 100, concernant principalement des buveurs : congestion méningo-corticale. Le diagnostic repose sur la recherche des signes de la pneumonie, l'examen thermométrique ; la différenciation d'avec le délirium tremens n'est possible que pour les formes accentuées, la parenté étant si intime, que celui-ci leur succède souvent immédiatement. La seconde série d'observations (28) concerne les accidents psychiques qui se prolongent jusqu'à la convalescence; l'hérédité et l'excitabilité nerveuse interviennent déjà dans l'étiologie. Ce sont, ou bien les formes du premier groupe, mais aux derniers jours de la pneumonie, lors de la chute de la fièvre : 38° à 39°, engendrés momentanément par la faiblesse du cœur (hypérémie stasique des centres nerveux); ou bien du délire avec agitation, soit mélancolique (angoisses, persécutions, violences), soit euphorique (mégalomanie exaltée, expansion

joyeuse exultante), soit circulaire, produit et entretenu par des hallucinations visuelles auditives, tactiles, qui, apparu au quatrième ou cinquième jour de l'affection pulmonaire, se prolonge des semaines, des mois après la maladie. Toutes bénignes, ces psychopathies exigent la thérapeutique précédemment nommée et la proscription absolue des actions antiphlogistiques exagérées.

II. L'épuisement nerveux qui résulte de l'hyperthermie pneumonique entraine, comme à la suite de toute autre pyrexie, des *accidents cérébraux* de nature *asthénique* au moment de la *convalescence* chez des sujets prédisposés par l'hérédité (60 p. 100), l'anémie, l'irritabilité du système nerveux. Aussi les voit-on sévir au delà de trente ans, revêtant, quelque masque clinique qu'ils assument, et ils les adoptent tous, une extrême acuité, en même temps qu'apparaissent les signes de l'épuisement somatique : T. 37° ou 36°,2 ; P. 60. Durée : généralement moins de huit jours ; guérison rapide, grâce au rétablissement de l'équilibre circulatoire par les reconstituants.

Pleurésie. — Bien moins aiguë que la pneumonie, cette maladie, qui d'ailleurs l'accompagne souvent, donne lieu bien plus rarement à des troubles psychiques. M. Krœpelin n'a pu en relever que huit cas dans lesquels l'hérédité exerçait une influence indéniable. Ceux de la *période fébrile*, d'une durée de quatre, douze jours à deux mois, seraient rattachables à la fièvre ; légers ou graves selon le processus anatomique (hypérémie ou inflammation cérébroméningée), ils se présentent sous la forme de la mélancolie anxieuse. Tel est aussi l'aspect clinique de ceux de la *convalescence* en rapport avec l'anémie ; durée longue (un an et davantage), généralement guérison.

Coqueluche. — Il s'agit de trois observations de Ferber concernant deux filles et un garçon en proie à la mauvaise humeur, à la crainte, à la sitophobie. Mort d'une des filles. Le garçon, entaché d'hérédité, guérit au bout de quelques semaines. La pathogénie échappe complètement.

D. *Exanthèmes aigus et érysipèle.* — 1° *Variole.* Quelle que soit la part réelle ou idéale prise par l'état fébrile, la congestion encéphalique, l'infection du ferment morbide agissant ou non par décomposition de l'albumine dans les pustules (Emminghaus), à la genèse des phénomènes nerveux, c'est encore à la distinction clinique qu'il convient d'avoir recours alors que les

modalités du délire dépendent de la diversité des stades de l'exanthème fébrile, et peuvent toutes être rattachées à l'existence de l'hyperthermie (stade initial et période de suppuration) ou de l'asthénie (phase d'éruption et période terminale). De là le maintien des deux catégories préalablement établies. — Les *psychoses fébriles*, relevant surtout de l'hyperthermie, se montrent principalement pendant le stade initial c'est-à-dire du troisième au cinquième jour de la maladie; leur évolution dépend de la variabilité de l'ascension thermique : c'est ce qui explique que dans plus de la moitié des cas elles se prolongent sans interruption jusque pendant la suppuration ou même pendant la convalescence mais aussi en diminuant de violence. Elles sont constituées par de la mélancolie avec agitation, excitation psychique, confusion et précipitation dans les idées. Durant en moyenne moins d'une semaine, rarement plus d'une année (hérédité, influences individuelles) elles admettent un pronostic très favorable et la guérison. Le diagnostic ne peut avoir à s'exercer que lorsque le délire précède l'invasion variolique; le thermomètre et la constitution épidémique jugent du cas avant qu'il ne soit bien caractérisé. La vaccination, les antipyrétiques locaux et les calmants, tel sera le traitement. Les *psychoses asthéniques* se développent : les unes, avec la chute de la T. entre la période d'éruption et la fièvre de suppuration; les autres pendant la desquamation. Les premières, caractérisées par un délire hallucinatoire (ouïe et vue) calme, à part les crises occasionnées par la nature désagréable de l'hallucination, seraient en rapport avec la théorie toxhémique d'Emminghaus ; M. Krœpelin fait remarquer à ce propos qu'il serait plus logique d'admettre une action zymotique se produisant, dès les premiers jours, directement sur le système nerveux central. D'où cette conclusion d'avoir à réserver pareille pathogénie pour les délires du début, et d'admettre plutôt dans l'espèce un épuisement aigu du système nerveux succédant à l'oscillation thermique considérable, ainsi qu'à la déperdition séreuse centrale (pustulation périphérique). En effet, fréquentes dans les varioles graves, confluentes, ces psychoses se montrent du quatrième au cinquième jour plus ou moins tôt selon que la T. s'abaisse plus ou moins vite, ne durent pas plus de trois jours, excepté quand elles fusionnent avec les accidents cérébraux de la suppuration (25 p. 100 des faits sur vingt observations) et sont mortelles dans le quart des cas. Les deux autop-

sies relevées ne jettent aucune lumière sur la nature des lésions encéphaliques. L'hypothermie indique et le genre de la vésanie et le traitement à mettre en œuvre : fortifiants, opiacés. Les *psychoses asthéniques* de la desquamation se rapprochent bien plus de l'aliénation mentale vraie; elles en ont la lenteur graduelle d'évolution, et la profondeur d'implantation. Répondant à l'entité mélancolie anxieuse greffée sur des idées délirantes dépressives avec hallucinations, accès d'agitation, tentatives de suicide et sitophobie, elles commencent au début de la troisième semaine par de l'insomnie ou une crise de manie, après la fièvre de suppuration, pour se prolonger de un mois à un an. Sur huit observations, cinq malades ont guéri; trois, au bout de trois semaines à sept mois, sont simplement améliorés. Toniques; fortifiants, nutritifs. Elles appartiennent assez souvent à une variole très grave ayant déjà fourni un délire fébrile.

2° *Scarlatine*. Cette fièvre éruptive serait la cause essentielle et non pas l'occasion des troubles nerveux, puisque 44 p. 100 des patients avaient une scarlatine grave à hyperthermie excessive. Elle agirait ainsi particulièrement sur les adultes, car 42 p. 100 des individus observés avaient dépassé l'âge de vingt-cinq ans. Les *psychoses fébriles* y revêtent deux formes, celle du collapsus succédant à une agitation initiale de courte durée ou de la lypémamie avec excitation et obnubilation psychique, hallucinations désagréables (angoisse, agitation, violences). L'exagération de l'ascension thermique et sa promptitude (41°,4) et la malignité de l'intoxication (cas foudroyants de collapsus), voire la complication albuminuro-urémique (ici pas d'hallucination, guérison) en sont les facteurs. Début du quatrième au cinquième jour. Evolution en peu de jours. Deux morts seulement sur seize cas : autopsie négative (infection). Le diagnostic facile de l'urémie comporte le traitement que l'on sait; sinon thérapeutique antiphlogistique et symptomatique. Les vésanies *de la convalescence* groupées par Thomas sous le nom de *délire nerveux*, résultat de l'épuisement, concernent également un délire lypémaniaque confus à idées changeantes, rarement exaltées, accompagné d'hallucinations. Il apparaît du neuvième au onzième jour pendant la desquamation: durée ordinaire, une semaine. Pronostic absolument favorable.

3° *Rougeole*. Très rares, les troubles psychiques s'y montrent pendant le jeune âge (faible résistance du système nerveux).

Ceux qui accompagnent la fièvre se bornent, au moment de l'acmé thermique, à de l'agitation, de l'insomnie, un léger délire. Quand l'hyperthermie reste médiocre, c'est que l'infection agit seule. Les accidents prononcés devraient toujours être rattachés à une atteinte cérébro-méningée. Marche courte; pronostic favorable. Quatre cas concernent l'asthénie, ayant tous guéri; ils ont trait à un délire furieux avec hallucinations de la vue et de l'ouïe chez une fillette de treize ans; — à de l'agitation avec mélancolie confuse chez une petite fille de huit ans; — à de la manie confuse avec violences et sitophobie chez le frère de cette malade âgé de six ans (folie à deux); — enfin à un délire hallucinatoire chez un homme de vingt-sept ans.

4° *Erysipèle.* Il ne donne lieu à des manifestations psychiques que lorsqu'il occupe ou envahit la tête et se transporte sur l'aponévrose épicrânienne. C'est bien la localisation céphalique (troubles de circulation) et l'hyperthermie, jointe à l'action zymotique en certaines épidémies, qui engendrent un délire furieux, une agitation extrêmement violente, pendant la fièvre ainsi qu'en font foi deux autopsies: taches rosées dans l'écorce du cerveau et obstructions emboliques des sinus. Dans les cas favorables, les accidents cessent avec l'état fébrile, à moins qu'une prédisposition ne les prolonge, transformés, jusque pendant la convalescence. La même cause, du reste, paraît donner la raison du délire asthénique qui peut se montrer à cette seule période. En cette double occurrence, on a affaire à une exaltation mentale caractérisée par de la mégalomanie, de la loquacité incohérente, de l'insomnie, des hallucinations de la vue et de l'ouïe gaies, rarement à de la mélancolie anxieuse ou stupide. M. Krœpelin signale, chez une jeune fille de vingt-deux ans, une espèce de démence à forme d'imbécillité succédant pendant la convalescence à un délire gai de la période fébrile. Durée habituelle : une semaine. Guérison.

E. *Fièvre typhoïde.* — C'est la maladie aiguë par excellence du délire et des troubles psychiques. La division comporte les manifestations du stade prodromique et des premiers jours rassemblées sous le nom de *délires initiaux* : comme ils se montrent avant l'hyperthermie et les anomalies de circulation, ils doivent être rattachés uniquement à la toxhémie typhique (dyscrasie hématique), ainsi qu'à l'action directe du poison sur le tissu nerveux. Ils affectent d'une manière générale la

forme de la mélancolie active : ressemblant à certains types de fièvre intermittente larvée ou au début d'une psychose ordinaire, ils précèdent d'un peu ou de quelques jours l'évolution thermique classique, pour persister ordinairement jusqu'à la convalescence. Sous le nom de *psychoses fébriles*, il conviendrait de rassembler d'abord les délires de la première semaine, plus ou moins semblables aux délires initiaux (formes de passage); puis ceux de la période d'état de l'affection : c'est alors qu'interviennent progressivement les éléments pathogénétiques: fièvre, hyperthermie, troubles circulatoires, dégénérescences parenchymateuses, consomption du tissu nerveux, complications agissant immédiatement ou médiatement sur le cerveau. A ces psychopathies doit être réservée, toutes choses égales d'ailleurs, la dénomination de manie; mais c'est une manie polymorphe, protéique, combinée à des phénomènes d'excitation et de dépression. On en rapprocherait la forme méningitique (excitation cérébrale) de Liebermeister, survenant brusquement au cours de la deuxième semaine, en même temps que la température baisse, accident d'ailleurs passager. L'évolution de toutes ces modalités cliniques ne dépasse pas d'habitude quelques heures à un mois. Un quart des observations démontre leur prolongation au delà de la convalescence pendant des mois, voire des années. Le pronostic des psychoses fébriles est bien plus favorable que celui des délires initiaux. La mortalité de ceux-ci étant de 62, 5 p. 100 (infection intense), celle des délires de la première semaine n'atteint que 41 p. 100, tandis qu'il ne meurt que 21,8 p. 100 malades en proie aux accidents psychiques de la période d'état. Les symptômes défavorables sont : les convulsions et le trismus qui indiquent toujours l'intensité des processus cérébraux. Les autopsies pratiquées décèlent de l'hypérémie méningo-cérébrale, de la méningite de la base et de la pachyméningite ; ce sont la courbe thermique et les manifestations somatiques qui décideront du diagnostic. Les antithermiques, l'hydrothérapie et les sédatifs habituels seront également mis en œuvre. Aux *psychoses de la convalescence ou asthéniques* appartiennent et les psychoses des stades terminaux prolongées, et celles qui apparaissent sous l'influence de l'épuisement général, et de la dénutrition de l'économie. L'asthénie survenant chez des individus prédisposés exagère leurs côtés faibles et produit des troubles profonds, voire irréparables dans la nutrition du système nerveux central. Aussi,

malgré les 71,8 p. 100 de guérisons de cette sorte de perturbations, la marche est-elle plus longue que pour aucune des vésanies antérieures : elle va de un mois à un an et même davantage en 38 p. 100 des faits. Les entités cliniques observées se ramènent aux quatre rubriques synthétique suivantes : 1° idées délirantes isolées ou hallucinatoires ; — 2° agitations plus ou moins aiguës ; — 3° mélancolie calme, parfois stupide accompagnée d'idées délirantes ; — 4° faiblesse mentale. Les indications ressortissant à la communauté de la cause se résument à relever les forces, stimuler l'énergie cardiaque ; l'amélioration mentale une fois obtenue, on peut essayer de la gymnastique psychique (Maresch). Quant aux vésanies qui se manifestent longtemps après l'épuisement du poison typhique, il en est d'elles comme de toute psychose née sur un terrain prédisposé ; la fièvre typhoïde a simplement préparé le système nerveux, elle n'est plus en cause. — Les maladies voisines de la fièvre typhoïde donnent bien plus rarement lieu qu'elle aux psychopathies. M. Kræpelin en a réuni six exemples relatifs à la *fièvre récurrente*, dont cinq appartenant à la période fébrile (manie furieuse) et un au stade apyrétique de la seconde reprise (mégalomanie avec agitation) ; terminaison favorable. Il renvoie à Panthel, Delasiauve, Holthoff (*Correspondenzblatt* de Erlenmeyer, XVIII, 8, 1872) pour les cas semblables concernant le *catarrhe gastrique et intestinal aigu*.

F. *Choléra asiatique.* — La diffusion et la brièveté des documents bibliographiques sur cette question expliquent le peu de connaissances acquises. Les recherches de M. Kræpelin lui ont appris l'absence de psychoses pendant le stade prodromique, leur rareté excessive malgré les troubles circulatoires (stases veineuses) émanant de la déperdition aqueuse rapide de la période algide. L'excitabilité et l'insomnie, souvent même la violente agitation que l'on observe pendant la phase de réaction, seraient imputables aux congestions en retour (brusque reprise de la tension normale), bien plus qu'à l'influence du ferment cholérique. — C'est le *choléra typhoïde* qui brille par la fréquence et l'accentuation des perturbations mentales : quelques jours après l'évolution des premières manifestations somatiques se développe soudain un délire aigu avec agitation violente, loquacité, insomnie (observ. personnelles), ou un état soporeux, comateux (observ. des auteurs). L'ignorance où l'on est de la nature et des causes de cette forme clinique explique

l'impossibilité d'éclairer la pathogénie de ces psychoses, d'origine fébrile, congestive ou peut-être urémique. — La convalescence ou plutôt les oscillations considérables subies par la constitution des humeurs chargées de la nutrition, en un mot la dystrophie cholérique sont responsables des trois types: agitation maniaque aiguë — mélancolie avec idées délirantes et hallucinations — stupeur. Durée moyenne, un mois. Guérison. Hydrothérapie, et, contre les accès épileptiformes, électricité (van Holsbek).

L'impossibilité de réunir des matériaux sérieux, touchant la genèse des psychoses par d'autres maladies aiguës, dut forcer l'auteur à borner là ses monographies. Il signale la diphthérite (Lombroso), la métrite et l'oophorite aiguë (Becquet), la péritonite (Krafft-Ebing), la dysenterie (Moussaud), l'angine phlegmoneuse (Thore, Weber, Chéron), la glossite suppurée (*Acten der Münchener Kreisirrenanstalt*), la néphrite aiguë, l'ictère grave, la pyémie, la puerpéralité et la lactation [1]. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCOLOGIQUE

Séance du 27 mars 1882. — Présidence de M. Dally.

M. Motet, qui a entre les mains un projet de loi sur les aliénés présenté au parlement italien, en développe devant la Société les principales dispositions.

M. Billod. A mon dernier voyage à Rome, M. Depretis m'a mis au courant de ce projet, et m'a fait l'honneur de me demander mon avis sur certains points incomplets.

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. I, p. 604.

M. Voisin. A l'occasion du malade de M. Ball présenté à notre dernière réunion comme atteint d'hallucination unilatérale consécutive à une lésion de l'oreille, je tiens à faire remarquer que ces faits ne sont pas nouveaux. J'ai déjà publié en 1868 des observations analogues.

Prix Belhomme. — M. Legrand du Saulle annonce à la Société qu'il vient de recevoir de la famille Belhomme un titre de rente de trois cents francs destiné à récompenser le meilleur travail présenté à un concours dont les conditions seront réglées ultérieurement.

Auscultation des parois du crâne. — M. P. Marais (de Tours) lit une note sur un mémoire du docteur Roberto-Adriani, médecin directeur du Manicôme de Pérouse. Ce médecin italien, se basant sur ce fait qu'en appliquant la main sur la tête d'une personne qui parle on perçoit une vibration, a recherché si certaines maladies cérébrales ne pourraient pas modifier la transmission des paroles du sujet à l'oreille de l'observateur.

De la responsabilité des faibles d'esprit. — M. Motet fait une savante communication sur les débiles héréditaires, sur ces êtres aux apparences brillantes, facilement accueillis dans le monde qui se laisse séduire par des dehors trompeurs. Quelques aptitudes, une vaniteuse confiance en soi, suffisent bien souvent à masquer leur insuffisance la plus complète.

Mais comme ces individus subissent des entraînements les plus irréfléchis, si le hasard les a servis, ils peuvent avoir dans leur passé des actions d'éclat qui leur donnent une réputation de courage, voire même d'héroïsme, que l'on serait malvenu à contester. Et si l'on puisait plus avant dans leur vie, on y trouverait les plus singulières défaillances, l'instabilité dans l'esprit, le décousu dans les actes, des lacunes profondes qui pour nous sont significatives. A l'appui de sa thèse, M. Motet apporte plusieurs observations qu'il a recueillies avec M. Blanche. Il suffit d'en citer une.

X... appartient à une famille dans laquelle on compte plusieurs cas d'aliénation mentale et d'affections nerveuses. Son père a succombé à une maladie pendant laquelle il a eu la raison profondément troublée ; un de ses proches parents est mort à la maison de Charenton ; son grand-père, sa grand'mère et une grand'tante, ainsi qu'une cousine du côté de son père étaient connus par leur originalité et leurs excentricités et présentaient des désordres du système nerveux.

Dès sa première enfance, on remarqua chez X... des signes non équivoques de ces mauvaises prédispositions héréditaires, et malgré les soins affectueux dont il a toujours été l'objet, on n'a pas réussi à détruire chez lui les effets du vice congénital. A peine âgé de quelques mois, il avait déjà des colères inquiétantes par leur fréquence,

leur longueur et leur intensité ; il était dans un état constant de surexcitation qui altérait sa santé générale, et on ne l'éleva que grâce à des soins exceptionnels. Il était si délicat et si nerveux qu'on le garda longtemps dans la maison paternelle et qu'on ne le mit que très tard au collège.

D'une pétulance et d'une turbulence excessives, d'une intelligence peu ouverte, incapable d'attention et d'application, il était rebelle au travail et ne montrait d'aptitude que pour les exercices corporels. Lorsque la guerre éclata, il avait seize ans et demi ; il était fort avancé dans ses classes. Sans écouter aucun conseil, il s'engagea ; enfermé dans Paris pendant le siège, il se conduisit bravement. La guerre terminée, il rentra au collège, reprit ses études, et parvint très difficilement à se faire recevoir bachelier.

Depuis il a été successivement auxiliaire au ministère des finances, attaché à la trésorerie d'Afrique, et enfin commis d'administration centrale. Sa conduite dans ces divers emplois semble avoir été plutôt régulière ; mais dans sa vie privée, il a toujours témoigné d'une grande inconstance dans ses idées et d'un défaut d'équilibre dans ses facultés.

Ainsi, nous l'avons déjà dit, X... n'est pas intelligent ; si l'on ne peut le considérer comme un faible d'esprit, c'est au moins une tête extrêmement légère ; une idée lui traverse le cerveau, si étrange qu'elle soit, il l'accepte sans réflexion, sans jugement ; ses désirs sont tout aussi impérieux ; il ne peut leur opposer aucune résistance, et ce n'est qu'après les avoir satisfaits qu'il en reconnaît les dangers, alors qu'il n'y a plus qu'à en regretter les conséquences. Au collège, il n'a jamais pu se mettre à la discipline, et ni les remontrances, ni les punitions, n'avaient d'effet sur son caractère impétueux et désordonné. Dans sa famille, il a toujours été un sujet de préoccupations et de soucis ; la sollicitude la plus éveillée était impuissante contre ce qu'on appelait ses *coups de tête*. Jamais avec lui une heure de tranquillité et de confiance ; alors qu'il semblait être le plus calme, il partait, disparaissait, et, lorsqu'au retour on l'interrogeait, il répondait simplement qu'il ne pouvait s'expliquer à lui-même ce qu'il avait fait, qu'il avait cédé à un entraînement irrésistible : au milieu de la conversation la plus paisible, ses yeux devenaient hagards, ses paroles incohérentes, et il perdait toute conscience de lui-même. Souvent, pour les motifs les plus futiles, il avait des colères terribles, proférant des menaces, brisant tout ce qui lui tombait sous la main. En même temps, et bien qu'il n'ait jamais eu devant les yeux que les meilleurs exemples, et que son éducation ait été fondée sur les préceptes de la moralité la plus scrupuleuse, X... donnait des preuves d'une absence complète de sens moral, froissait sans s'en douter les sentiments les plus respectables, ne craignant pas, par exemple, de demander à ses parents des meubles pour une femme avec laquelle il vivait, s'éton-

nant que cette demande ne fût pas accueillie, et ne pouvant comprendre qu'on en fût froissé.

Ainsi qu'il arrive souvent, on espéra que le mariage serait un remède à ce désordre d'esprit et de conduite, que l'affection d'une femme dévouée, les devoirs d'abord d'époux, puis de père, contiendraient cette effervescence et auraient un effet salutaire.

Cet espoir fut déçu. Depuis qu'il est marié, il n'est pas devenu plus raisonnable; il continue d'être sujet aux mêmes emportements; le prétexte le plus insignifiant provoque chez lui des colères folles, il crie, il brise, il menace de se tuer, de se jeter par la fenêtre. Les facultés affectives ne sont ni modifiées, ni améliorées; il semble toujours aussi étranger aux sentiments les plus naturels et les plus respectables; il n'a d'autre loi que ses goûts et ses désirs; le mal aussitôt accompli, il le déplore, il en exprime un grand repentir, non à la façon d'un homme qui mesure la gravité de sa conduite, cette notion ne peut pénétrer dans son esprit, mais comme un enfant qui a été pris en faute. S'il a sur le moment même l'intention sincère de ne pas en commettre de nouvelles, ce bon mouvement ne dure pas et le souvenir en est probablement effacé. Il ne peut en être autrement, parce que X..., quoique arrivé à l'âge adulte, est encore un enfant, intellectuellement et moralement : il obéit à ses instincts sans que sa débile raison puisse les contrôler et les réprimer; ses facultés effectives et morales sont oblitérées, il a déjà fait des actions qui eussent pu avoir pour lui de sérieuses conséquences; il est légitime de craindre qu'il n'en fasse de plus graves encore; mais on ne saurait lui en attribuer la responsabilité.

Un jour X... est arrêté au jardin d'acclimatation au moment où il sortait emportant des oiseaux d'espèce rare qu'il avait tués, comptant les manger avec sa maîtresse, et pendant l'instruction de son affaire qui avait entraîné un rapport médico-légal de M. Blanche, il se faisait arrêter de nouveau pour un outrage public à la pudeur commis un soir sous les arcades de la rue de Rivoli.

Chez ce malade l'influence de l'hérédité s'accuse de la manière la plus évidente, et il n'est pas besoin de faire ressortir l'inconséquence de la conduite d'un homme qui, sous le coup de poursuites judiciaires pour vol, au lendemain d'une intervention médicale, au milieu des angoisses de sa famille, se laisse surprendre en flagrant délit d'outrage public à la pudeur dans l'un des lieux les plus fréquentés de Paris.

M. Motet termine sa communication en faisant remarquer que ces faits, d'une appréciation souvent si délicate, si difficile, ne sauraient être jugés sans la connaissance exacte de tout le passé. Il n'est pas permis de présenter à leur sujet une formule générale, avec la prétention qu'elle pourra s'appliquer à tous les cas. Il faut étudier chaque fait isolément, et, si cela est vrai dans toutes les expertises médico-légales relatives à la folie, cela est vrai surtout

dans l'examen des débilités mentales, où chaque individu, tout en appartenant à un type classique, n'en a pas moins son caractère propre. Et comme il s'agit là de degrés, quelquefois même de nuances, c'est en s'entourant des renseignements les plus complets, en procédant avec la plus prudente réserve, que le médecin donnera la solution d'un problème grave intéressant à la fois l'individu dont la liberté peut être compromise, la société qui a le droit de se défendre.

Le divorce pour cause d'aliénation mentale. — M. Ball fait observer que le divorce, cette question palpitante d'actualité qui passionne l'opinion publique, s'impose d'elle-même à la discussion de la Société médico-psychologique, et doit être inscrite d'urgence à l'une des séances. Deux éminents aliénistes [1] ont été invités par la commission parlementaire à donner leur avis sur la curabilité de la folie et l'opportunité d'inscrire dans la nouvelle loi, l'aliénation mentale parmi les causes de divorce. La réponse faite par nos savants confrères, qui semblent vouloir repousser l'aliénation mentale comme cause de divorce parce que, paraît-il, ils ont vu guérir certaines maladies chroniques sur la guérison desquelles on ne comptait guère, ne laisse pas que de me surprendre un peu. Je me sens poussé à leur demander s'ils sont eux-mêmes, en principe, partisans déclarés du projet de loi qui va venir en discussion. Car s'ils le repoussent d'une manière générale, je n'ai rien à ajouter; mais si, au contraire, ils l'acceptent, je crains qu'ils ne se soient trop laissé guider par des questions de sentiment. Il ne faut pas, en

[1] MM. Charcot, Magnan et Blanche ont en effet été appelés à donner à la commission parlementaire du divorce leur avis sur différentes questions laissées à leur appréciation.

Nous croyons savoir que les questions principales qui leur ont été posées peuvent se résumer à peu près ainsi : Quelles sont les formes mentales dont vous pouvez affirmer la constante incurabilité ?

La paralysie générale, qui par sa fréquence se présentait en première ligne à l'esprit, a été écartée parce que le conjoint atteint de cette affection confirmée, serait mort dans la plupart de cas avant la fin des démarches que nécessiterait la demande de divorce introduite par l'autre conjoint.

Le délire chronique a été également repoussé par la commission, à cause de certains cas assez nombreux de guérisons inespérées observées par M. Magnan dans ces temps derniers.

L'épilepsie n'a pas non plus été acceptée comme cause de divorce, parce que les futurs conjoints peuvent s'éclairer sur leur santé réciproque avant le mariage, et, aussi parce que le nombre des épileptiques déjà mariés est fort considérable.

Si la commission s'est montrée sévère, c'est surtout pour ne pas surcharger la nouvelle loi et diminuer ainsi les chances de la voir aboutir.

effet, perdre de vue l'intérêt de la société en général, lequel prime bien, on en conviendra, celui des deux conjoints.

Or, si vous refusez la dissolution du mariage pour cause d'aliénation mentale, vous allez ainsi favoriser la procréation d'individus entachés de la tare héréditaire et, partant, la diffusion des cas de folie. De nos jours on prend pour habitude de concentrer à tel point sa sollicitude sur les faibles, qu'il n'en reste plus pour les forts. Je regrette donc les tendances qui se sont fait jour jusqu'à ce moment, et j'estime que dès l'instant qu'une occasion s'offre à nous de réduire l'hérédité morbide, dont personne ne tentera de contester le rôle si considérable, il faut s'empresser de la saisir et admettre, en conséquence, l'aliénation mentale très nettement caractérisée, au nombre des causes du divorce.

MARCEL BRIAND.

Séance du 22 mai 1882. — PRÉSIDENCE DE M. DALLY.

M. DALLY développe quelques considérations sur l'histoire d'un homme gaucher, âgé d'une cinquantaine d'années, qui venu d'Amérique à Paris pour se distraire, fut frappé, étant au théâtre, d'une attaque apoplectiforme que rien ne faisait prévoir. A la suite de ce choc, il est resté *hémiplégique à gauche, aphasique et agraphique* avec conservation assez complète des autres facultés intellectuelles. Après quelques jours, l'aphasie disparut presque complètement, mais l'agraphie persista et maintenant encore le malade, qui a reconquis le langage oral, est dans l'impossibilité absolue d'écrire son nom, et de plus, malgré tous ses efforts, il n'est pas encore arrivé à épeler un seul mot. Aujourd'hui le bras gauche, autrefois paralysé, peut lui rendre beaucoup de services, tandis qu'au contraire la jambe correspondante s'est progressivement contracturée.

M. LUNIER rapporte un cas à peu près analogue qu'il a observé chez un chef de bureau bien connu d'une grande administration.

M. VOISIN met sous les yeux de la Société une série de planches représentant des cerveaux d'idiots.

M. LUYS montre quelques cerveaux durcis par le procédé ordinaire : bichromate de potasse et à la glycérine phéniquée ; son interne, M. Variot, les a recouverts de poudres métalliques de diverses couleurs qui délimitent très nettement les différentes régions de l'encéphale.

MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ PSYCHIATRIQUE DE BERLIN.

Séance du 15 mars 1881[1].

L'ouverture de la séance par M. le président LŒHR comporte des communication d'ordre administratif. M. DÖRRENBERG occupe le siège de secrétaire au lieu et place de M. SCHÆFER, empêché par la maladie.

La première communication d'intérêt scientifique apaartient à M. R. SCHRŒTER, de Dalldorf. Elle a trait à la *nécessité de donner des congés hors de l'asile aux criminels psychopathes*. Ce travail concerne à la fois les aliénés criminels qui, vu leur état mental, sont innocents de tout crime, à la fois les criminels aliénés c'est-à-dire les malfaiteurs devenus fous pendant leur séquestration. Les renvois auraient pour raisons générales l'encombrement produit par les versements fréquents qu'opèrent les prisons dans les asiles et l'organisation des asiles qui est loin de correspondre aux conditions exigées pour la garde d'individus dangereux ; outre qu'ils dégrèveraient le budget de l'établissement, voici les considérations humanitaires et pénales qu'il importe de soupeser. Le licenciement serait effectué par la direction centrale sous les auspices et indications du médecin, faisant ou non reprendre le malade par ses parents, absolument comme les aliénés assez améliorés pour être rendus à titre d'essai à leurs occupations. Quoique se plaçant au point de vue de la santé, le psychiâtre serait en règle avec le § 23 du Code pénal allemand qui ordonne la remise de la peine aux condamnés s'étant bien conduits pendant les trois quarts du temps de leur châtiment. Dans les deux cas, il s'agit de fournir aux malheureux l'occasion de reprendre une profession honorable, sauvegarde ultérieure d'une rechute mentale et morale, et souvent de rendre un père de famille aux siens. Bien plus, les établissements d'aliénés sont, par la vie de famille qu'on y rencontre, bien plus propres à préparer le relèvement, le retour à la vie sociale. D'ailleurs, le théâtre de l'essai sera le voisinage; l'amélioration suffira toujours pour que, la force morale étant revenue, les conditions soient favorable anx habitudes d'honnêteté et de raison : car le progrès à réaliser dans les maisons pénitenciaires ou psychiâtriques consiste précisément à ne pas oblitérer, chez les sujets qui leur sont confiés, le sens de la vie sociale. — Pour cher-

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 293. Séance du 15 décembre 1880.

cher les indications individuelles qu'il faut interroger avant de conseiller le congé du criminel aliéné, on doit examiner : 1° le côté moral de l'individu, 2° l'acte accompli par lui, 3° les formes de la psychose, 4° le degré d'empire mental qu'il a récupéré. Une longue observation peut déceler le caractère normal, l'existence d'anomalies congénitales ou habituelles, le rapport exact qui lie l'action à la folie, la fourberie du sujet et le degré de conscience, l'évolution morbide, la périodicité des manifestations (épilepsie), les impulsions irrésistibles, les hallucinations dans leurs relations avec l'acte, le poids de l'intelligence et de la volonté dans l'autorépression du délire, la nature alcoolique des phénomènes, l'état des habitudes antérieures; tels sont les éléments dont on tiendra compte avant de permettre le congé en supposant que le stade de calme maximum de la psychose soit atteint. — La récidive d'un crime n'entraînera pas la détention à perpétuité s'il s'agit d'un aliéné criminel dont la nocuité a récidivé avec un nouvel accès de folie; la nature psychopathique étant patente, se montrer circonspect à l'avenir mais en étudiant le genre de crime commis, la façon dont il a été pratiqué, enfin les éléments psychologiques : on se représentera le danger des hallucinés en proie au délire des persécutions, des états impulsifs, des phénomènes d'angoisse, d'une agitation violente périodique sous l'influence ou non de l'alcoolisme, sans proscrire de la vie commune ceux qui réguliers et calmes depuis longtemps, ont l'intelligence affaiblie mais inoffensive. Les mêmes formules éclairciront la décision du médecin à l'égard des criminels aliénés; mais ici on se souviendra que la continuation de la peine interrompue attend toujours. Cette décision aura pour objectif de procurer au malade un champ de travail ordinaire et de groupe autour de lui toutes les conditions favorables à sa réhabilitation, tout en ne le perdant pas de vue. — Le moment du traitement qui conviendra au licenciement dépendra de l'ancienneté de l'amélioration et de sa rapidité rapprochées de la gravité du crime, pour les aliénés criminels. Le § 3 de la loi oblige les aliénés criminels à une année au moins d'internement quand on envisage les grandes pénalités. — Si l'aliéné ne revenait pas à l'expiration du congé, la loi aurait la même action sur lui que dans le cas de mise en liberté provisoire des gens tarés; seulement généralement cette infraction résulterait chez nos malades de la crainte qu'ils auraient de perdre une situation acquise en chômant le temps nécessaire à leur voyage à l'asile, de fausses idées sur une nouvelle décision possible du directeur à leur égard, de temporisations imputables à leurs occupations. Aussi importe-t-il d'engager la responsabilité des parents ou des patrons par des certificats d'embauchages; on obtiendrait de la sorte des renseignements précis sur son malade. — Les formalités que l'autorité remplirait se bornant à ce qui a été mentionné plus haut, pour les

aliénés criminels ou les criminels aliénés de peu d'importance, comporteraient, quand le congé devrait atteindre un temps assez long, un certificat de légitimation délivré par le directeur de l'asile, visé par la police au lieu d'habitation, les cas douteux pour la mise en liberté à titre d'essai réclamant qu'on avertît directement les autorités. Les autres criminels aliénés, les aliénés ayant commis des crimes graves, les récidivistes pourraient rentrer dans la catégorie des individus que l'autorité surveille et pour qui elle exige une demande spéciale d'élargissement de l'asile avant toute décision. De même la prolongation du congé qui prépare la réintégration totale dans la société imposerait l'avertissement de l'autorité, *a fortiori* quand celle-ci se réserve une restriction préalable. Le congé définitif nécessiterait toujours la pose de cette question à l'autorité. — La demande de grâce est un devoir pour ces malheureux suffisamment guéris pour gagner leur pain au dehors, mais désormais impuissants à supporter la peine qu'ils avaient encourue.

Usiter pour tous ces malades le même mode de traitement qu'on emploie vis-à-vis des autres aliénés, substituer la main secourable de l'aliéniste à celle du geôlier, dispenser le congé sur des éléments d'appréciation scientifiques qui en indiquent l'étendue, préparer la rentrée honorable, déraciner ce préjugé que le criminel aliéné est la combinaison d'un double danger : voilà le but. Pour l'atteindre et convaincre de l'inanité des craintes, une observation longue, attentive, spécialisée au côté moral et à l'élément dangereux du malade, un traitement approprié et l'obligation d'une personne responsable chargée du libéré sont suffisants. Au travail, et notamment à celui de l'agriculture qui a déjà produit de bons effets, il faut joindre le travail social par des mises en liberté provisoires accordées de bonne heure. Elles produiront à leur tour un résultat quand en même temps que de toutes les causes d'excitation psychique on aura débarrassé l'aliéné vivant en paix des tracasseries administratives et policières.

L'auteur prie en conséquence l'assemblée de provoquer la nomination d'une commission chargée d'examiner son projet et particulièrement : 1° La question des congés à accorder aux criminels aliénés pour les cas où le médecin aurait obtenu une transformation intégrale des facultés morales sans la guérison complète de la psychose ; — 2° celle de l'expiation de la peine après l'obtention de la guérison à l'asile, en tenant compte de la durée du châtiment et du séjour à l'asile, ainsi que de la nécessité de renvoyer des criminels aliénés qui, guéris, ne pourraient supporter néanmoins le fardeau de leur punition ; — 3° le mode de contrôle à exercer sur les criminels aliénés, qu'ils soient en congé ou renvoyés définitivement.

Il demande que la commission se compose de juristes expéri-

mentés et de médecins aliénistes pratiques qui veuillent bien assurer la mise en œuvre d'un fonctionnement compatible avec la sécurité des citoyens. Il serait utile de former une société de prévoyance s'occupant d'aider les malheureux en question à leur sortie, entre celles qui se proposent isolément cet objectif soit pour les aliénés soit pour les condamnés.

La discussion extemporanée à laquelle prennent part MM. Ideler, Lœhr, Jastrowitz, Edel, Reinhardt décèle une tendance favorable à de telles conclusions. Mais à raison de l'importance des propositions émises et de leur nouveauté, pour faciliter d'ailleurs l'exposé des conceptions contraires qui se sont fait jour au sein de l'assemblée, M. le président, d'accord avec la Société, nomme une commission chargée de formuler nettement les points à traiter dans la prochaine séance. Cette commission se compose de MM. Jastrowitz, Ideler, Mendel, Schreter, Ziinn.

Sous le titre de *Contribution à la casuistique des blessures de l'écorce du cerveau*, le Dr Richter communique l'histoire d'un malade et son autopsie. Il s'agit d'un aliéné offrant des phénomènes de démence paralytique tout à fait au début que l'on trouve un jour en proie, probablement à la suite d'une chute, à toutes les manifestations d'une affection cérébrale grave. Comme le patient chancelle sans présenter de symptômes de paralysie, on pense à une de ces hémorrhagies qui rappellent les hématomes de la méningo-périencéphalite chronique diffuse avec complication de méningite. Cinq à six jours après l'accident, la sensibilité est extrême dans tous les membres et au tronc : intégrité de la motilité ; la tête qui auparavant était agitée de tremblements par accès demeure immobile. Dilatation pupillaire ; pas de paralysie faciale. Parole précipitée mais obtusion intellectuelle cédant bientôt à la somnolence. Mort dix jours après l'accident. L'autopsie montre à droite et en avant trois déchirures dure-mériennes. Une triple fracture s'étend : de l'extrémité de l'occipital au sommet du temporal gauche, du milieu de l'occipital au trou déchiré postérieur droit, et sur le tiers externe de la face antérieure du rocher droit. Une hémorrhagie a détruit le pied de la troisième circonvolution frontale, le sommet de la seconde frontale et le gyrus rectus avec l'olfactif, du côté gauche ; il en est de même du point de jonction de la frontale et de la pariétale ascendantes à leur partie inférieure, du pied de la seconde frontale, de la surface de la première temporale et de la totalité de la troisième temporale à son bord supérieur. Hémisphère droit indemme.

Un épanchement sanguin occupe le corps calleux vers son tiers postérieur au voisinage de la voûte à trois piliers. Les dépressions de la base du crâne sont inondées de sang à gauche. L'existence d'une suffusion sanguine dans l'aponévrose épicrânienne à la région postérieure gauche prouve que le malade a reçu le choc sur l'occiput

de ce côté; de là les trois fractures et, la pression s'effectuant vers les régions antérieures droites, les déchirures artérielles dans les circonvolutions du côté gauche et sur une petite zone du côté droit, accompagnées des dilacérations de la dure-mère opposées. M. Richter explique l'absence d'aphasie malgré la lésion classique par la conservation de la paroi externe de la troisième frontale, de celle qui forme la limite de la branche ascendante de la scissure de Sylvius; il rapproche de la destruction des circonvolutions temporales du côté gauche la difficulté que le malade avait à fixer les sons pour comprendre ce qu'on lui disait (aphasie sensorielle de Wernicke), tandis que les altérations des circonvolutions motrices à l'extrémité du sillon de Rolando ne furent pas suffisantes pour produire la paralysie du facial et de l'hypoglosse. Le tremblement de la tête serait dû, pour l'auteur, à l'excitation d'un récurrent par le processus encéphalique du côté gauche.

Discussion.

M. Jastrowitz, prenant en considération les lésions des circonvolutions temporales, inclinerait, si les résultats cliniques n'y contredisaient pas, à penser à un trouble dans la réception des sensations sonores; sur l'assertion de M. Richter que le malade, incapable de répondre aux questions, ne réagissait que très peu, il croit que le tableau symptomatique est impuissant à décider si l'aphasie fut ataxique ou sensorielle.

Pour M. Schröter la perception encore partielle au début disparut plus tard. M. Jastrowitz explique la confusion des phénomènes malgré l'étendue des lésions par la conservation d'un certain nombre d'éléments au milieu des extravasats. La modification et l'incertitude des symptômes excluent toute conclusion.

M. Reinhardt, vu l'athéromasie des artères cérébrales, pense qu'une série de poussées exsudatives ont succédé au premier épanchement sanguin jetant le désarroi dans la symptomatologie, tandis que M. Richter attribue les modifications séméiologiques à l'ascension fébrile. Du reste, ajoute ce dernier, sur une question de M. Lœhr, la coloration était partout homogène excepté au pourtour de l'artère sylvienne où l'on trouvait un début de suppuration et de décoloration.

Une seconde communication du Dr Richter concerne un cas de *périencéphalite purulente consécutive à une infection septique.* Le paralysé général dont il s'agit, arrivé à la période de démence, subit pour une arthrite fongueuse une double désarticulation du pouce droit et du petit orteil gauche. Il meurt au bout de quatre jours après élévation thermique de 40°; 40°,4; 43°,1. On trouve à l'autopsie une leptoméningite purulente englobant la moitié antérieure de l'écorce. Absence d'autre foyer en aucune région du corps. M. Richter est d'avis dans l'espèce que l'affection mentale, si elle peut retarder la

guérison des plaies, n'a rien à voir avec la septicémie laquelle pénètre l'organisme sous la forme d'un contagium vivum d'origine extérieure. La sélection du foyer pour ce cerveau déjà enflammé est loin d'être la règle, témoin deux autres cas décrits par lui dans lesquels des paralysés généraux infectés par la résorption septique virent leur processus encéphalitique s'améliorer nonobstant, témoin chez ce dernier aliéné les accidents du décubitus avec fièvre, sans que la périencéphalite prenne la marche aiguë : ces différences doivent tenir et à la malignité du principe infectieux et au caractère de l'inflammation cérébrale chez tel ou tel individu.

L'auteur rappelle à ce propos le travail de M. Stenger, celui-ci recommandant non de pratiquer des frictions médicamenteuses sur le crâne des paralytiques curables, mais d'exercer une dérivation sur leurs extrémités inférieures par des avivements. Les deux dernières observations recueillies ici témoignent de la valeur du bien fondé d'une telle méthode.

Avant de lever la séance, l'assemblée fixe comme date de sa prochaine session le 15 juin de la même année. (*Allg. Zeitsch. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medic.*, XXXVIII, 2 et 3.)

P. Keraval.

Séance du 15 juin 1881.

A la suite des communications administratives de M. Lœhr, président, M. Schrœter vient soumettre à l'appréciation de la Société quatre des conclusions adoptées par la commission dont il est le rapporteur, relativement au *Renvoi provisoire ou définitif des criminels et délinquants aliénés* (Voir la séance du 15 mars dernier). La discussion, à laquelle prennent part MM. Zinn et Guttstadt, entraîne des modifications dans la rédaction des divers paragraphes examinés. On s'arrête en définitive au texte des trois propositions suivantes :

1° Les criminels et délinquants aliénés qui se trouvent dans les asiles doivent être soumis, quand il s'agit de leur accorder un congé temporaire ou définitif, aux mêmes mesures que tout autre psychopathe, à la condition que leur peine ait été subie ou que l'examen prescrit par le paragraphe 51 du Code pénal allemand ait été effectué. — Il va de soi que les aliénés à tendances criminelles ne sauraient être libérés sans la plus extrême circonspection préalable ;

2° La sortie limitée ou décisive d'un criminel aliéné, actuellement dans un asile et qui n'aurait pas purgé sa condamnation, incombe à la décision de l'autorité chargée de dispenser les mêmes faveurs aux détenus de l'établissement pénitencier dont est sorti le

délinquant en question pour entrer dans l'asile. La réintégration de tels aliénés de l'asile à l'établissement pénitencier dépend de la direction de l'asile, voire de l'autorité préposée à l'établissement psychiâtrique;

3° L'installation de divisions réservées aux délinquants et criminels aliénés dans les grands établissements pénitenciers s'impose de toute nécessité; il serait surtout indiqué d'établir un service spécial de cet ordre commun à plusieurs établissements correctionnels, le service étant fixé dans l'un de ceux-ci.

M. Guttstadt complète la discussion par quelques chiffres concernant la fréquence de la folie chez les délinquants; il les emprunte à tous les établissements pénitenciers ou de détention qui ressortissent au ministère de l'intérieur dans une période de dix années. Tous les ans on compterait cinquante-huit hommes et treize femmes devenus aliénés sur l'effectif d'ensemble des établissements, soit 0,08 p. 100 quant au sexe masculin, 0,07 chez le sexe féminin. La proportion des psychopathes serait de 0,18 p. 100 pour les hommes et 0,20 p.100 pour les femmes détenus dans les maisons de correction. Ces chiffres, qui pourraient bien être trop faibles (affirmation sur ce point de M. Schrœter), sont complétés sur la demande de M. Zinn par l'énoncé du temps qui s'est écoulé entre l'infraction à la loi et l'admission dans l'asile d'aliénés. Sur les sept cent dix-neuf criminels et délinquants aliénés qu'observa M. Guttstadt dans la même période (583 hommes, 136 femmes), il s'est écoulé moins de trois mois de détention avant l'explosion de la folie chez 30,4 p. 100 des hommes et 40,16 p. 100 chez les femmes.

M. Zinn affirme que le nombre des criminels aliénés que l'on rencontre dans les asiles est bien au-dessous de la quantité relativement grande des cas de psychoses qui existent en réalité dans les établissements pénaux. Il cite des cas de délinquants continuellement atteints par des peines disciplinaires à raison de leur mutinerie et qui incontestablement étaient sous l'empire d'une entité psychique morbide passant inaperçue aux yeux du médecin de l'établissement; d'autre part les médecins des prisons et établissements pénitenciers, redoutant l'habileté des simulateurs, ne se rendent que trop tardivement à l'évidence de la folie.

M. Læhr comprend d'autant mieux la mise à exécution de l'article 3 dans le royaume de Prusse que la Saxe en a donné l'exemple. C'est dans cet Etat, à Waldheim, qu'on a tenté pour la première fois de combiner à un établissement pénitencier un asile hospitalier autonome confié à la direction d'un psychiâtre.

M. Dœrrenberg lit un mémoire sur *les examens de l'urine chez les aliénés*. Après avoir rappelé l'influence du système nerveux sur la nutrition et les sécrétions, après avoir émis l'opinion que bien des hallucinations du goût et de l'odorat peuvent être rattachées à des

anomalies dans les sécrétions afférentes à ces organes, il se propose de déterminer les anomalies chimiques de l'urine dans leurs rapports avec les formes des psychoses. L'auteur a analysé avec le plus grand soin la plus grande quantité des urines des aliénés à des moments du jour identiques; ces recherches, pratiquées à Schweizerhof, ont porté sur toutes les substances, sur tous les groupes chimiques que cette humeur renferme. Ce sont notamment les urines de la nuit de dix aliénées en proie à des entités psychopathiques diverses, examinées pendant longtemps par séries de trois à quatre jours consécutifs, qui lui ont fourni les conclusions suivantes. L'acide urique a été trouvé en plus forte proportion (1 par rapport à 25 d'urée) en un cas de catatonie et dans les divers états d'agitation maniaque (1 : 22); la quantité en était considérablement diminuée dans quatre observations dont trois avaient trait à des modalités un peu différentes de la folie du doute, et la quatrième concernait une mélancolie récente teintée de délire des persécutions. Les sulfates doubles avaient subi une augmentation de 25 p. 100 chez les maniaques agités, de 16 à 18 p. 100 dans la mélancolie en question, alors que leur proportion se trouvait moindre de 5 à 7 p. 100 dans les trois cas de folie de doute.

A la suite de quelques remarques présentées par MM. Sponholz, Muller et Zinn, M. Læhr invite les jeunes médecins à poursuivre leurs recherches en commun sur ce sujet dans les établissements auxquels ils sont attachés en adoptant un plan uniforme et une méthode d'examen déterminée.

Plusieurs communications inscrites à l'ordre du jour ayant été retirées, M. Læhr appelle l'attention sur un sujet dont bien des points demeurent encore dans l'ombre, sur les *folies périodiques*. Il en communique à la Société un fait remarquable par la régularité des accès. La malade dont il s'agit, atteinte de perturbation psychique secondaire, est en proie depuis plus de six mois à une agitation périodique par époques régulières parfaitement délimitées de trente-six heures; c'est-à-dire qu'à un laps de temps de calme durant trente-six heures, caractérisé par de la faiblesse intellectuelle, succède une hyperexcitabilité accompagnée d'une agitation modérée, d'un mutisme prononcé. Cet état progresse modérément; mais au bout de trente-six heures apparaît un accès de violente agitation avec cris, promenade, sévices contre l'entourage, malpropreté. Après trente-six heures de durée cet état cède la place à une nouvelle période de moyenne agitation avec loquacité qui dure un temps égal pour être remplacée à son tour par une période de calme et ainsi de suite. La fin de chaque période est marquée par la diminution de l'agitation au regard de l'hyperexcitabilité du corps de chacune d'elles, mais le début de toute phase nouvelle tranche nettement sur celle qui a précédé : les anomalies dans la durée précitée ne dépassent jamais une demi-heure.

M. Benno communique *un cas de paralysie progressive périodique.* Il concerne un homme de trente-neuf ans, qui, dès le 2 mars 1878, était au stade initial de la paralysie générale ; on constatait en même temps chez lui les troubles de la motilité appartenant au tabes, de la blépharoptose du côté gauche et de la mydriase, ainsi qu'une perforation tympanique (otite moyenne) du côté droit. Une courte rémission fut bientôt suivie de deux accès épileptiformes à la fin d'août. A ce moment tous les phénomènes mentionnés s'aggravent, l'oreille témoigne d'une nouvelle poussée inflammatoire, et peu à peu les bruits anormaux perçus comme tels par le malade se transforment en hallucinations; en même temps, angoisse précordiale intense, excitabilité psychomotrice prononcée. Telle est du moins l'image de chaque paroxysme, les stades intermédiaires étant caractérisés par le calme, l'enjoûment de l'humeur. C'est dans la première semaine d'octobre que se produit l'*alternance régulière à type tierce des phases d'agitation;* elle se continue jusqu'à la fin de décembre, l'agitation se montrant dans les heures tardives de l'après-midi et du soir et affectant une violence d'autant plus grande que les paroxysmes précédents ont été moins vifs et que la pause de calme a duré plus longtemps. Les rémissions observées ne constituaient pas de simples périodes d'épuisement nerveux, car on remarquait pendant leur évolution l'animation psychique normale et la participation du sujet aux occupations de la maison, aux conversations et promenades de l'asile; il recevait avec plaisir les visites de ses parents, lisait, jouait aux échecs, etc. En outre, alors que durant les stades d'agitation il ajoutait foi sans critique aux hallucinations et à leur teneur terrifiante (accès d'angoisse), il racontait en riant pendant les rémissions que des voix stupides (*sic*) lui rappelaient par exemple qu'il y a dix ans il avait été trouvé gisant dans la rue en état d'ivresse.

M. Gock apporte à ce propos une observation également remarquable. La malade dont il s'agit, après n'avoir pendant dix jours présenté d'autre symptôme qu'un défaut de discernement, tombait tout à coup dans le calme et le mutisme; l'expression de la physionomie devenait rigide et morose, et sans se soucier le moins du monde des personnes de son entourage, elle allait et venait continuellement. L'impulsion motrice s'accroissant les jours suivants au point de persister jour et nuit et de revêtir un caractère automatique, on dut l'alimenter artificiellement : gâtisme. Jamais on n'observa d'idées délirantes ni aucune manifestation de cet ordre. Cet état durait treize ou quatorze jours, se terminant aussi brusquement qu'il débutait. Puis les allures presque normales notées plus haut reparaissaient pendant dix à onze jours, sans que la patiente se souvînt de ce qui s'était passé au cours de la période d'agitation; elle savait simplement que quelques jours s'étaient écoulés, desquels elle n'avait aucune mémoire. La maladie ne concordait pas

avec les époques menstruelles, les règles venant régulièrement tant lors de l'accès d'agitation qu'en dehors de lui. L'emploi du nitrite d'amyle, qui semblait indiqué à raison de la pâleur du visage au début de l'agitation, demeura sans résultats; le bromure de potassium administré à la dose de douze grammes par jour dans l'intervalle des crises fit disparaître la régularité du type dans sa période et dans sa durée. — La séance est levée sur cette communication. (*Allg. Zeitsehr. f. Psych. u. psych. gerichtl. Mediz.*, XXXIX, 1.)

P. K.

XIV[e] CONGRÈS DES ALIÉNISTES DE L'ALLEMAGNE DU SUD-OUEST

SESSION DE CARLSRUHE

Séance du 15 octobre 1881.

La séance est ouverte à trois heures de l'après-midi par M. le curateur Fischer, qui, après avoir exposé les questions d'ordre administratif intéressant l'assemblée, propose de décerner la présidence à M. de Rinecker. Celui-ci est élu par acclamation. — Son premier soin est de consacrer à la mémoire du D[r] Fischer, conseiller intime aulique, décédé depuis la dernière séance, de chaudes paroles de regret. L'assistance se lève en l'honneur du collègue défunt.

M. Kirn traite ensuite de l'*importance médico-légale des impulsions sexuelles perverses*. Cette définition embrasse toute impulsion génitale qui se manifeste sous un mode différent des errements naturels et cherche sa satisfactiou en des procédés anormaux. M. Kirn distingue une impulsion sexuelle ayant trait à des individus d'un sexe différent encore impubères et une perversion génitale s'exerçant pour un même sexe. A la première catégorie ressortit par exemple la recherche libidineuse des fillettes non adultes par des vieillards ou des individus sénescents en apparence comme au moral, (amnésie, déchéance morale); la démence sénile vraie exige l'acquittement légal; la constatation des symptômes de l'af-

faiblissement psychique devrait, dit l'auteur, comporter toujours l'admission des circonstances atténuantes. Le second groupe comprend, sous le nom de sensation sexuelle contraire (inversion du sens génital de M. Charcot), l'amour de l'homme pour l'homme, de la femme pour la femme [1]. Les observations de ce genre ont le plus souvent à leur actif étiologique l'hérédité et le nervosisme : en tenant compte en outre de la périodicité des manifestations chez certains individus, M. Kirn se range à l'opinion de Westphal pour qui le cerveau de tels sujets a subi l'imprégnation morbide de la transmission héréditaire ; M. Kirn en rapporte du reste deux nouveaux faits ayant entraîné condamnation pénale, malgré la constatation d'anomalies psychiques; c'est tout au plus si le tribunal admit des circonstances atténuantes.

M. Furstner, sans méconnaître les lacunes législatives, fait remarquer que les impulsions sexuelles perverses se montrent également chez des paralysés généraux, des crétins, etc... et que, par conséquent, chaque cas doit mériter un examen individuel avant de supporter une conclusion quelconque. Ainsi à côté de l'entité : inversion du sens génital, il existe une forme morbide identique chez l'onaniste auquel on ne saurait évidemment prodiguer aucune indulgence. La prudence du médecin légiste doit être d'autant plus grande que tout dernièrement, lors de la publication des mémoires visés ici, on eut affaire à des cas de simulation, le criminel raffiné empruntant aux résumés les éléments psychopathiques qui lui étaient nécessaires. En ces trois dernières années, M. Furstner vit neuf individus de cette sorte reconnus par lui comme simulateurs. La constitution complète et définitive du type pathologique peut seule servir le médecin ; or il est encore à l'étude.

M. Kirn réplique qu'il propose simplement d'éclairer juges et jurés sur un cas particulier, le rapport médico-légal étant notoirement incapable à lui seul d'atteindre ce but. Si, comme il le croit lui-même, la sensation sexuelle perverse n'est qu'un symptôme, au moins est-elle un symptôme important exigeant une attention sérieuse.

Professeur Jolly. *De la capacité de tester des aphasiques.* A propos du testament d'un aphasique datant de 1682 (collection Pitaval) et reconnu bon par le tribunal, l'auteur appelle l'attention sur les diverses opinions de la jurisprudence allemande en cette question à l'égard des aphasiques simultanément agraphiques. Le nœud du sujet est le suivant. A quel point l'aphasique a-t-il ses facultés psychiques oblitérées, que le symptôme observé provienne d'un simple trouble fonctionnel ou d'une affection du cerveau ? A intensité égale, l'aphasie par ammésie se rattache à une perturbation mentale plus grave que l'aphasie par akinésie. La pathogénie ne

[1] Voir les *Archives de Neurologie*, t. III, p. 53.

permet pas encore d'asseoir un jugement précis sur l'une quelconque de ces formes; l'examen minutieux du malade incombe à chaque cas particulier. En général, profanes et médecins tendent à surtaxer ce qui reste d'intelligence à l'aphasique.

M. Freusberg. *Disposition et aménagement de l'asile d'aliénés de la Lorraine à Sarreguemines.* L'établissement nouvellement construit a été livré pendant l'été de 1880[1]. Il peut recevoir 450 malades et comporte avec les services hospitaliers une superficie de sept hectares. Il réalise en somme le système des pavillons, chaque division (des hommes ou des femmes) comprenant des corps de bâtiments pour pensionnaires, aliénés calmes, demi-agités, paralysés généraux, épileptiques; il existe en outre un baraquement-hôpital. Au centre, entre les deux divisions, sont situés les bâtiments de l'administration, l'église avec la salle des fêtes (non encore construite), les locaux de la cuisine, le logis des machines, la buanderie, les bains centraux, la salle des morts. Total: dix-huit édifices entre lesquels il n'y a pas de voies de communication couvertes. Chacune des constructions occupe le centre de cours qui les desservent, cours par lesquelles il faut absolument passer pour atteindre le bâtiment. Seules les cours des aliénés agités et des demi-agités sont entourées de murs; les autres sont ceintes de taquets en bois. Les huit édifices réservés aux tranquilles, demi-tranquilles, gâteux paralytiques et épileptiques, hommes et femmes, se décomposent en deux segments n'ayant de commun que le réfectoire médian. Chaque section consiste en une salle de réunion, un ou plusieurs dortoirs, plusieurs chambres d'isolement et un cabinet d'aisance, le tout sans corridors. La lumière et l'air sont versés à flots par des fenêtres disposées sur les parois opposées. — Les cellules et les chambres d'isolement sont constamment placées aux angles des constructions, de sorte qu'il n'y ait nulle part adjacence de ces pièces. Le bâtiment des agités embrasse, outre les quatre cellules des angles, quatre autres pièces de même sorte en saillie sur le front de la construction, qui sont pourvues d'une antichambre enclavée entre le lieu d'habitation et le dortoir. — Le chauffage s'effectue par des poêles chez les agités, par la vapeur d'eau dans les autres divisions. Les lieux d'aisance se composent de sièges se déversant deux à deux en une même cuvette d'où une chasse d'eau conduit les matières dans l'égout. — M. Freusberg, après avoir critiqué au cours de sa description le mode de groupement des pavillons et leur seul accès par les cours, fait remarquer que toutes les précautions prises dans un but d'isolement n'étouffent pas complètement les cris perceptibles encore par les habitants des cellules du côté opposé. Il insiste par conséquent sur la nécessité de s'entourer de conseils médicaux quant aux détails de construction et d'installation des

[1] Voir les *Archives de Neurologie*, t. III, p. 108.

nouveaux établissements. Sur le territoire de l'asile, qui est de quarante-sept hectares, on trouve à quelques minutes de l'établissement un domaine disposé pour une colonie agricole.

M. Furstner s'enquiert du mode de transport qu'on a usité vis-à-vis des malades de Maréville. — L'établissement, continue M. Freusberg, possède un embarcadère à lui sur la voie. On a donc pu transférer directement les aliénés par wagons. On n'eut à déplorer aucune incartade, peut-être parce que le changement de conditions plaisait aux sujets en question. Plusieurs d'entre eux durent simplement s'abstenir de liaison amicale, le personnel ne parlant que peu français. — A la demande de M. de Rinecker, l'orateur répond que le coût total a été de 2,700,000 marks (3,375,000 francs).

M. Schule. *Des incidents d'ordre chirurgical chez les aliénes.* Sous ce titre, l'auteur se propose exclusivement de passer en revue, pour aiguillonner la surveillance préventive, les traumatismes et lésions que se sont infligés les malades sous l'influence de leurs impulsions délirantes et de leurs sensations pathologiques. Il s'en tient à ceux qui ont guéri, laissant dans l'ombre les lésions osseuses. Nous relevons : l'arrachement des cheveux et de la barbe, un des aliénés espérant que la place de chaque poil serait désormais occupée par une plume comme il convient aux anges; — trois cas de céphalhématome; — la perforation du tympan à l'aide de petits morceaux de bois; — l'amputation totale de la langue par une jeune fille monomaniaque à l'aide d'une alène ébrêchée; — une section du pneumo-gastrique au cou (mort en huit jours) avec tous les symptômes y afférents que nous a appris la physiologie expérimentale; — un suicide dénotant la persistance et l'opiniâtreté énergique que l'on connaît des monomanes de cette catégorie, le patient s'étant tranché la gorge à l'aide d'un petit couteau caché par lui dans un espace interdigital. A côté de l'ingestion d'animaux vivants et d'éclats de verre, nous trouvons l'histoire d'un malade qui, après avoir avalé la moitié de sa cuiller, n'eut des coliques et du mélæna que trois mois après; au bout d'un an et demi se forment des abcès dans la région inguinale droite, abcès qui persistent jusqu'au jour où, dans la profondeur de la poche (un mois de durée), on pêche le manche de l'instrument. Un cas de phlegmon du cou à la suite de la déglutition d'un paquet d'aiguilles. Deux femmes étaient tourmentées du désir de s'enlever les mamelons. Les castrations, arrachements et amputations volontaires du pénis, l'introduction de corps étrangers contondants ou tranchants dans le vagin, d'un crochet de fer dans l'anus participent des histoires déjà connues.

Le Dr Rieger mentionne à cette occasion un cas dans lequel l'aliéné s'était avec les doigts luxé le globe oculaire et déchiré le nerf optique sous prétexe qu'une voix lui commandait de s'arracher l'œil.

Le Dr Gutsch demande quels sont les cas récents de guérison des psychoses réflexes (sympathiques) par l'extirpation de la cicatrice pathogénétique. M. Furstner en rapporte un; mais il pense qu'en somme il y a bien peu de faits de ce genre où l'on doive manifestement attendre des résultats d'une opération.

Séance du 16 octobre.

L'assemblée décide d'abord de tenir le prochain congrès de nouveau à Carlsruhe. MM. Schüle et Kirn sont élus comme organisateurs. Le Dr Fischer prend l'engagement de communiquer à cette époque son rapport sur les cellules capitonnées.

M. Landerer. *Douze thèses à l'appui de la fondation des colonies d'aliénés* : confirmation expérimentale par une *pratique de quinze années à la colonie de Freihof.* Les résultats objectifs apportés par l'auteur en faveur du travail en liberté des malades émanent d'une observation de trois mille malades, le groupement colonial ressortissant à environ quarante hommes sur un effectif général de trois cent cinquante (population mêlée). Voici ses conclusions textuelles :

1° L'encombrement croissant des asiles d'aliénés joint aux progrès constants de la dépense publique pour ces malades impose l'obligation d'installer des établissements d'évacuation, réservés par exemple à ceux d'entre eux devenus incurables. Il s'agirait qu'ils pussent y trouver à meilleur compte un mode de traitement aussi bon, voire meilleur, que dans les systèmes employés jusqu'à ce jour.

2° Un grand nombre de psychopathes incurables peuvent parfaitement se passer des asiles modernes dont les services scindés entraînent bien des frais. Beaucoup n'ont besoin que d'un ensemble de soins ressortissant à une commune organisation du traitement et du travail, le fusionnement dégrevant le budget.

3° On pare bien mieux aux besoins actuels en utilisant, selon les circonstances, des locaux déjà existants plutôt qu'en fondant ces hospices d'infirmes connus sous le nom d'asiles d'aliénés dont les sujets languissent dans l'incapacité et l'inertie somatique. Une simple adaptation aux besoins spéciaux nous donne une colonie d'aliénés comme annexe aux asiles fermés.

4° Le traitement des aliénés dans les familles est impraticable, vu les conditions de notre existence actuelle.

5° Vouloir organiser la colonie dans l'établissement ou construire des asiles d'aliénés agricoles en poursuivant l'espérance de faire travailler le terrain, le sol par les malades, constituent autant d'illusions erronées que l'expérience condamne, parce qu'on ne peut compter que sur une fraction des aliénés pour le travail et que le re-

crutement d'une population de journaliers s'opère lentement. L'implantation d'un asile doit précéder l'institution agricole ; c'est lui qui doit enfanter la colonie. Les avantages financiers et thérapeutiques imputés à l'organisation d'Alt-Scherbitz, comparés aux résultats des modes en usage jusqu'ici, demandent plus ample démonstration.

6° Une colonie ne peut se développer que comme annexe immédiat à un établissement fermé. Elle ne saurait en être éloignée de plus de quelques kilomètres[1], vu que les soins émanent forcément de l'asile. Toute distance plus considérable nécessite l'installation dans la colonie même de services analogues à ceux de l'asile ; ce qui vicie le caractère social du système et annihile les bénéfices économiques par l'impossibilité du prompt emploi des déchets et de l'adaptation ménagère proprement dite.

7° La colonie n'a pas besoin de médecin ; le personnel dirigeant se résume en un agriculteur ; les mêmes médecins fonctionnent à la colonie et à l'asile.

8° La colonie et l'établissement dépendent d'une seule et même direction économique et médicale.

9° C'est l'élève des bestiaux[2] qui doit être l'objet d'une colonie d'aliénés ; cette exploitation plus qu'aucune autre renfermant en soi tous les avantages curatifs et pécuniaires des colonies au regard des autres genres d'occupations.

10° Le nombre des aliénés capables de colonisation est moindre qu'on ne le croit généralement ; de plus, ils fournissent en somme peu de travail. Il est impossible d'apprécier même approximativement leur production laborieuse en nombres ou en fractions, en prenant pour unité la capacité de travail des gens bien portants.

11° L'avenir de la colonie, son développement, ses avantages thérapeutiques et financiers sur ceux des autres modalités curatives dépendent de la rondeur du terrain et de la facilité avec laquelle son sol se laisse cultiver.

12° La culture horticole n'a nul avantage sur les autres formes d'occupations champêtres, ni au point de vue médical ni au point de vue économique ; elle devient par suite insoutenable.

M. Kirn, regrettant que M. Landerer ne puisse préciser ses indications, quant à la différence entre les prix du traitement à l'asile et à la colonie, M. Landerer réplique que l'économie gît justement dans l'adjonction du système agricole à une distance relativement faible de l'asile, ainsi que dans la communauté d'administration, de personnel.

M. Furstner rappelle que Kœppe comptait cinquante travailleurs pour un effectif de deux cents aliénés. M. Landerer répond que lui,

[1] A Freihof, la distance est d'un kilomètre.

[2] On en exclut l'élevage des chevaux, qui exige une égalité d'humeur impossible à exiger dans l'espèce.

sur trois cent cinquante malades obtient en moyenne trente à trente-six journaliers qui se résument en dernière analyse en douze colons solides. L'installation des repas à la colonie, dit ensuite M. Landerer, pour répondre à une interrogation du même collègue, comporte le transport des aliments le matin, à midi, le soir, en des vases appropriés.

M. Schule regrette de ne pas voir de médecin en permanence à la colonie ; il lui paraît au moins indispensable que les travailleurs aliénés soient visités de grand matin avant la besogne. Tel n'est pas l'avis de M. Landerer, qui en vingt ans n'a jamais eu à constater de cas urgent nécessitant un médecin résidant.

M. Freusberg. Combien y a-t-il de travailleurs bien portants sur le nombre ? Dix. — Que fait-on dans le cas d'une crise paroxystique d'agitation se déchaînant soudain ? Le malade est immédiatement réintégré à l'asile, la colonie ne renfermant rien pour parer à ces éventualités.

M. Furstner. En dehors des colons habituels évalués environ à trente, tire-t-on, selon les besoins, de l'asile d'autres travailleurs ? Rarement. M. Landerer fait en outre remarquer que les femmes ne sont en général employées qu'aux temps des récoltes.

M. Rieger communique à l'assemblée les notes prises par lui à la colonie française de Fitz-James à Clermont (Oise), lors de son séjour à cet asile pendant quelques jours. Il les tient du directeur M. Labitte.

M. Kretz. *De l'hyoscyamine.* Les études ont été faites avec l'hyoscyamine de Merck, employée aux doses progressives de 5 mill. à 1, 2, 3 cent. par jour soit à l'intérieur en gouttes, poudres, etc., soit en injections hypodermiques. Les principaux symptômes observés sous cette influence furent : sensation de constriction thoracique, dyspnée, asthénopie avec sensation de mouches volantes démangeaisons désagréables, sécheresse pharyngienne polydipsie avec mouvements de déglutition forcés, nausées, sentiment de pression céphalique avec étourdissements (oscillations et disparition du sol sous les pas); la confirmation objective résulte de l'observation du ralentissement respiratoire se transformant bientôt en une fréquence des mouvements thoraciques, de la diminution du nombre des battements du pouls faisant aussitôt place à leur exagération, enfin d'une mydriase double égale et constante. L'auteur a également vu de la parésie des membres inférieurs entraînant parfois une chute, mais il n'eut à noter aucun phénomène univoque constant, du côté de la nutrition, ni ces manifestations désagréables imputées au remède employé à petites doses telles que collapsus, pouls filiforme (impureté de la préparation ?) Cette substance ne s'accumule pas ; la durée de ses effets n'a rien d'uniforme. Les altérations du cœur, la propension

aux fluxions et stases, les dégénérescences séniles imposent une prudence spéciale dans son emploi. Conclusions:

I. L'hyoscyamine agit: 1° sur le sensorium. D'où un effet hypnotique pur et un effet calmant; 2° sur les centres moteurs; 3° sur les nerfs moteurs et sensitifs.

II. L'hyoscyamnie convient: 1° dans lescas où d'autres narcotiques y compris la morphine sont abandonnés; 2° quand domine l'élément moteur (manies chroniques à rémission ou folies circulaires); 3° lorsque la démence s'accompagne de l'excitation de certaines sphères sensitives.

M. Rieger. *De l'albuminurie dans les maladies cérébrales.* Ayant eu l'occasion d'être consulté au sujet d'une des malades de M. Hagen (observation III du travail : les maladies des reins comme cause de psychose [1]), malade auparavant observée par le professeur Jolly (*Berlin. Klin. Wochensch.*, 1873, 21), l'auteur a déduit de la suite de l'histoire qu'il s'agit non d'une néphrite ayant causé la psychose, mais d'une maladie cérébrale héréditaire, dont M. Hagen n'avait vu que le premier acte. L'*albuminurie était ici le symptôme de l'affection mentale* d'autant qu'il n'y avait pas d'œdème et qu'on nota de l'ischurie. La patiente, qui avait complètement guéri de la totalité de ses premiers accidents, a d'ailleurs été reprise de troubles mentaux quelques années plus tard et se trouve aujourd'hui en état de démence avec agitation périodique... M. Rieger rapproche de ce fait l'albuminurie expérimentale de Cl. Bernard, celle du delirium tremens (Furstner), des épileptiques, des hystéro-épileptiques, de l'éclampsie puerpérale (tantôt lésions des reins, tantôt reins indemnes), et fait ressortir que la fugacité du symptôme est une preuve de son origine. « Certainement, ajoute-t-il, les observations d'*albuminurie nerveuse* se multiplieront à mesure qu'on les recueillera sans prévention etqu'on se préoccupera simplement de déterminer l'enchaînement étiologique des manifestations sans s'inquiéter de la question de pathogénie. Toute décision sur son origine vasomotrice ou autre est laissée à la recherche du physiologiste, de l'expérimentateur et du clinicien. »

M. Jolly admet en principe la thèse de M. Rieger, mais dans le cas considéré, l'intensité de la néphrite ressort de la durée de l'albuminurie (3 semaines) ; elle peut donc tout au moins avoir contribué à la production des phénomènes cérébraux.

M. Furstner. L'albuminurie, au même titre que l'hyperthermie, la glycosurie, l'excitabilité motrice, doit prendre rang parmi les symptômes des affections cérébrales.

M. Rieger admet que l'on puisse considérer son observation comme douteuse : il faut pour conclure définitivement des faits indiscutables

[1] Voir aux Revues analytiques.

avec autopsie. Mais il rappelle que le diagostic néphrite exige le concours des œdèmes rapides, des douleurs, de l'état trouble caractéristique d'une urine fréquemment sanglante. L'ordre du jour étant épuisé, le président clôt la séance en remerciant ses collègues de leur active collaboration. (*Allg. Zeitsschr. f. Psych. u psych. gerichtl. Medic.*, XXXIX. I.) P. K.

BIBLIOGRAPHIE

De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (*tabes spécifique*); par A. Fournier. Masson édit. 1882.

Un certain nombre d'auteurs, et Duchenne tout le premier, avaient signalé la syphilis dans les antécédents des ataxiques; mais c'est M. Fournier qui, dans ses leçons faites à Lourcine, a, le premier, cherché à établir une relation étiologique entre la vérole et le tabes dorsal. Cette première tentative fut froidement accueillie en France : MM. Grasset et Vulpian furent à peu près les seuls à l'accepter et à l'appuyer. A l'étranger, au contraire, de nombreuses publications favorables virent le jour pour ainsi dire coup sur coup, et il convient de signaler en particulier celles de M. Erb. Cependant on s'était surtout livré sur cette question à une étude de détail et chaque observateur n'apportait qu'un nombre limité de faits. M. Fournier rentre en campagne avec un total de plus de cent observations personnelles; et de l'ensemble de ses recherches sur les faits où les conditions étiologiques ont été notées d'une manière précise, il résulte que quatre-vingts ataxiques sur cent ont eu la vérole; la syphilis semble jouer souvent le rôle de cause effective. L'ataxie est une manifestation appartenant presque exclusivement à la période tertiaire: elle peut apparaître à toutes les étapes de cette période, mais elle est surtout fréquente de la sixième à la douzième année. Les causes adjuvantes qui déterminent la localisation de la syphilis sur les cordons postérieurs de la moelle épinière, sont personnels ou héréditaires; parmi les premières, toujours les excès de tout genre et surtout le surmenage nerveux; parmi les secondes, l'existence chez les ascendants de maladies quelconques du système ner-

veux cérébro-spinal. — D'après les faits de M. Fournier, l'âge auquel fait invasion l'ataxie d'origine spécifique est compris entre vingt-quatre et cinquante-neuf ans. Elle est de beaucoup moins fréquente chez la femme.

L'ataxie se produit de beaucoup le plus souvent à la suite de syphilis originairement bénignes, eu égard à la fois au petit nombre des accidents, à leur peu d'intensité et de durée. Presque toujours la syphilis a été insuffisamment traitée au début.

On ne peut pas s'attendre à voir l'ataxie d'origine syphilitique se présenter avec des symptômes bien différents de ceux de l'ataxie ordinaire: toutefois M. Fournier fait remarquer que si le tabes spécifique débute le plus souvent par des douleurs fulgurantes qui peuvent rester isolées pendant longtemps, ces douleurs offrent ce caractère qu'elles sont souvent très peu intenses et très propres à tromper l'attention du médecin qui doit mettre en œuvre les médications spécifiques dès l'apparition de douleurs pouvant se rapprocher des douleurs fulgurantes proprement dites. D'ailleurs, étant donnée l'importance des indications thérapeutiques qu'on peut en tirer, il est plus indispensable que jamais d'établir au plus tôt le diagnostic du tabes spécifique ; aussi M. Fournier insiste-t-il avec soin sur la symptomatologie de la période de début, préataxique du tabes; en particulier sur les troubles oculaires et génito-urinaires. Au début de la période ataxique, l'incoordination motrice peut passer inaperçue non seulement du malade, mais encore du médecin : M. Fournier décrit cinq procédés pour découvrir l'ataxie naissante : 1° faire marcher le malade au commandement : *a*) le malade étant assis le prier de se lever et de se mettre en marche aussitôt levé; *b*) faire marcher le malade en le priant de s'arrêter court, aussitôt qu'il en recevra le signal ; *c*) lui faire faire un mouvement subit de volte-face; 2° signe de l'escalier, (gêne surtout pour descendre); 3° signe fourni par l'occlusion des yeux (signe de Romberg), le malade appuyant sur les deux pieds; 4° signe déduit de l'attitude à cloche-pied; 5° station à cloche-pied avec occlusion des yeux. M. Fournier attache une importance considérable à l'absence du réflexe rotutien qu'il a toujours constatée quand il l'a cherchée même au début de la période préataxique.

Les troubles oculaires peuvent rester plusieurs années à l'état d'isolement ou du moins n'être accompagnés que de troubles fort peu accentués; il en découle, dans l'ordre de faits actuels, la nécessité de rechercher avec soin le tabes sur tout sujet qui se plaint d'un affaiblissement visuel, et en outre d'analyser minutieusement les troubles fonctionnels de l'œil au point de vue de leurs caractères et de leur évolution, puis de considérer l'état de la pupille. Très souvent les troubles de la vision débutent par un seul œil; ils ont une évolution lente, continue, graduellement progressive. L'amblyopie s'accompagne d'un certain degré de dyschromatopsie et sur-

tout d'un rétrécissement concentrique du champ visuel avec échancrures en forme de secteurs.

M. Fournier insiste sur les formes associées, mixtes et complexes de l'ataxie, qui seraient particulièrement communes dans le tabes spécifique en raison de la tendance que présente la syphilis à multiplier ses lésions et à les disséminer sur les divers départements du système nerveux. Arrivant au traitement, M. Fournier pose en principe que les agents anti-spécifiques doivent être mis en usage le plus tôt possible et de la façon la plus énergique. Les résultats de ce traitement diffèrent absolument suivant l'époque de la maladie où il intervient. Dans le tabes ancien et confirmé, on n'en peut pas attendre la guérison, mais tout au plus un soulagement éphémère de quelques symptômes. Dans le tabes moins ancien, tantôt le traitement a une action isolée sur divers symptômes, qu'il amende dans des proportions plus ou moins considérables; tantôt il a une action temporaire sur l'ensemble de la maladie qu'il paraît arrêter dans sa marche au moins momentanément; tantôt enfin le traitement a une action persistante sur le tabes qu'il immobilise en l'état avec ou sans amendement de quelques-uns des symptômes déjà développés. En somme, il serait certain, d'après les faits personnels de l'auteur, que le tabes, même avancé, peut être modifié dans ses symptômes et son évolution par le traitement spécifique. Il est vraisemblable que cette influence serait beaucoup plus considérable encore sur le tabes récent. Un certain nombre d'observations appartenant à d'autres auteurs viennent d'ailleurs appuyer la curabilité au moins relative du tabes spécifique.

Après avoir répondu aux diverses objections faites par ses adversaires, M. Fournier appuie la doctrine du tabes spécifique sur les arguments suivants : 1° fréquence extrême des accidents syphilitiques chez les ataxiques; 2° développement du tabes presque exclusivement dans la période tertiaire de la vérole; 3° association fréquente des phénomènes tabétiques avec divers symptômes communs de la syphilis, les paralysies oculaires en particulier; 4° influence dans certains cas du traitement spécifique, quand il est employé à temps; 5° coïncidence, au cours de l'ataxie de manifestations d'autre siège, et de nature incontestablement syphilitique; 6° impossibilité absolue qu'on éprouve fréquemment à trouver à l'ataxie une autre cause que la syphilis. Il en découle comme déduction pratique la nécessité de traiter énergiquement et longtemps la syphilis à ses débuts, en prévision de cette manifestation si redoutable. CH. F.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés de Vaucluse et de Ville-Évrard. — Dans sa séance du 12 juin, le conseil général de la Seine, sur le rapport de M. Bourneville, a voté une augmentation de traitement de 300 fr. aux internes des asiles de Vaucluse et Ville-Évrard, pour suppléer à toute indemnité de déplacement.

Asile de Clermont. — Nous n'entrerons pas dans la polémique soutenue dans les journaux pour ou contre le maintien des asiles privés pour les aliénés. Nous rappellerons seulement que l'asile de Clermont, qui recevait naguère à la fois des malades payants et des malades entretenus par plusieurs départements, ne recevait plus de nouveaux malades du département de la Seine depuis plusieurs années. L'administration, complétant cette mesure, sur l'avis du conseil général, va retirer tous ses malades transférables, placés antérieurement dans cet asile.

Nécrologie. — Le Dr Firmin Lagardelle, médecin en chef de l'asile d'aliénés et professeur chargé du cours clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bordeaux, vient de succomber à une longue et douloureuse maladie.

M. Lagardelle est né à Verdun-sur-Garonne (Tarn-et-Garonne), le 30 mars 1838. Reçu docteur de la Faculté de médecine de Paris en 1865, il fut successivement directeur de la maison de santé d'Ivry, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Dijon (1865), médecin adjoint de l'asile de Bordeaux (1866), médecin en chef à Niort, à Moulins, à Marseille, à Lyon, puis enfin à Bordeaux (1879). L. Lagardelle avait inauguré à Marseille des conférences cliniques sur les maladies mentales.

Statue de Ph. Pinel. — Dans sa séance du 17 mai, le conseil municipal a voté, sur le rapport de notre ami M. le Dr Dubois, un crédit de 4.589 fr., destiné à la construction du piédestal qui doit soutenir la statue de Philippe Pinel.

Société contre l'abus du tabac. — *Prix.* Parmi les questions que cette Société met au concours pour 1882, voici celle qui intéresse plus particulièrement nos lecteurs :

Prix de trois cents francs, fondé par M. Decroix. — Étudier l'influence du tabac sur la criminalité : faits judiciaires, contrebande,

incendies, rixes, empoisonnements accidentels ou volontaires, etc. (Ne pas confondre l'influence des liqueurs alcooliques avec celle du tabac.)

Tentative d'assassinat du Dr P. Gray par un aliéné. — Le superintendant de l'asile des fous reçut, le 16 mars, un coup de pistolet d'un aliéné nommé Remshaw. La balle (calibre 38) frappa un peu en dehors de l'angle externe de l'œil gauche, et, suivant une diagonale, passa en arrière du nez, traversa la joue droite, sortit au-dessous de l'angle externe de l'œil droit et franchit la fenêtre située environ à cinq pas de l'endroit où le docteur était assis. Entendant un homme s'approcher, celui-ci s'était retourné ainsi qu'il le faisait en pareille circonstance. Ce mouvement lui sauva probablement la vie, car autrement la balle aurait atteint le cerveau. L'assassin n'était pas interné dans l'asile, mais était employé aux bains turcs d'Utique. Depuis dix-huit mois, il se considérait comme envoyé par le ciel pour tuer le Dr Gray.

A la date présente, M. Gray, malgré la gravité de la blessure, est dans un état satisfaisant et nul doute que, dans quelque temps, il n'ait complètement recouvré la santé. (*Louisville Med. News*, 8 avril 1882.)

— Moins heureux que le Dr Gray, le Dr Adams, médecin à l'asile de Kalamazo (Michigan), frappé d'un coup de couteau par un aliéné, a succombé le lendemain. Le surveillant fut également blessé en essayant de désarmer l'aliéné.

Aliénés incurables et tranquilles. — Après avoir donné le mouvement de la population de l'asile d'aliénés de Danvers (Massachuchet), *The Alienist and Neurologist* nous apprend que, dans son rapport, le Dr Goldsmith regrette qu'on amène à l'asile beaucoup d'aliénés âgés et décrépits plutôt pour mourir que pour être traités. Il dit que si les parents et les amis de ces malades avaient pour eux suffisamment d'affection, ils pourraient les soigner à la maison. Le Dr Goldsmith n'est pas le seul à formuler ces plaintes. A Danvers on fait les plus louables efforts pour réaliser *l'hôpital ouvert* et le *traitement des aliénés en dehors de l'asile*, système qui est appliqué, par exemple à Woodilee, près de Glasgow. — Nous estimons, de notre côté, que si les administrateurs étaient bien imbus de ces idées, il serait possible de retirer des asiles — pour les rendre aux familles — un certain nombre d'aliénés chroniques, tranquilles, à la condition d'allouer aux familles indigentes un secours mensuel. Cette mesure contribuerait à resserrer les liens de la famille et allégerait les dépenses que les départements s'imposent. Il va de soi que cette mesure ne devrait être appliquée qu'aux malades dont la situation est suffisamment bonne pour ne pas exiger, auprès de lui, l'immobilisation d'un membre de la famille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Blaise (H.). — *Contribution à l'étude des oscillations spontanées et provoquées de la sensibilité dans l'hémianesthésie.* Brochure in-8° de 31 pages. Paris, librairie Lecrosnier, place de l'Ecole-de-Médecine.

Bourneville et Teinturier. — *Le Sabbat des sorciers.* Plaquette grand in-8° carré de 40 pages, avec 25 figures dans le texte et une grande planche hors texte, en vente aux bureaux des *Archives de Neurologie.*

Il a été tiré de cet ouvrage 500 exemplaires numérotés à la presse: Nos 1 à 300 papier blanc vélin. Prix : broché, 3 fr. (pour nos abonnés, 2 fr. 50); — Nos 301 à 450 papier parchemin. Prix : 4 fr. (pour nos abonnés, 3 fr. 50); — Nos 451 à 500 papier Japon. Prix : 6 fr. (pour nos abonnés, 5 fr.).

Buccola (G.). — *La riproduzione della percezioni di movimento nello spazio tatille.* Ricerchi di psicologia sperimentale. *Estratto dalla Rivista di filosofia scientifica.* — Torino, Presso il prof. Morselli, via delle Scuole, n° 5.

Neumam (E.). — *Les appareils électro-médicaux à l'exposition d'électricité.* Brochure in-8° de 32 pages. Extrait de *l'Union médicale.* Paris, librairie Doin, 8, place de l'Odéon.

Westphal. — *Zur localisation der hemianopsie und des Muskelgefühls leim Menschen.* Extrait der *Archiv für psychiatrie,* t. VI, 1879. Brochure in-8° de 24 pages, avec 2 gravures hors texte.

Westphal. — *Erkrankung der hinterstränge bei paralytisched geisteskranken.* Extrait der *Archiv für psychiatrie,* t. XII, n° 3. Brochure in-8° de 8 pages.

Westphal. — *Ueber cine fehlerquelle bei intersuchung des kniephänomens und üler dieses selbst.* Extrait des *Archiv für psychiatrie,* t. XII, n° 3. Brochure in-8° de 15 pages.

Le rédacteur-gérant, Bourneville.

Evreux, Ch. Hérissey, imp. — 782

Vol. IV. Septembre 1882. N° 11.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

NOTE SUR L'ACTION DES COURANTS CONTINUS ÉTUDIÉE AU DOUBLE POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE ;

Par A. ESTORC, interne des hôpitaux de Montpellier.

I. En étudiant l'action physiologique des courants continus, nous avons été frappé des variations considérables que présentait la résistance éprouvée par le courant à son passage à travers les tissus. Elles se produisaient surtout d'un sujet à l'autre, mais existaient aussi chez le même individu, électrisé à diverses reprises. Ce fait, nous l'avons vu plus tard, avait été déjà signalé plusieurs années auparavant par M. le Dr Vigouroux (*Gazette médicale*, 1879). Il est alors venu à l'esprit de notre maître, le professeur Grasset, sous la direction duquel se faisaient nos recherches, d'examiner ces variations de plus près, et de les analyser avec quelque précision. Grâce au Dr Regimbeau, qui a bien voulu mettre ses appareils à notre disposition, et

nous aider de ses conseils, il nous a été facile de réunir à ce point de vue de nombreux documents.

Nous avons employé pour cela la méthode suivante : Le pôle positif était placé sur le sternum et le pôle négatif sur une partie quelconque, mais toujours la même, de l'avant-bras. Nous faisions ensuite passer un courant assez faible pour être longtemps supporté (dix éléments par exemple). L'instant précis de la fermeture une fois noté, nous relevions exactement le nombre de divisions parcourues à chaque minute par l'aiguille galvanométrique, jusqu'au moment où celle-ci restait définitivement immobile; le maximum d'intensité était alors atteint et l'examen terminé.

Par ce procédé des expériences nombreuses ont été faites, et nous avons constaté que, chez deux sujets soumis à l'action d'un même courant, la résistance peut varier de deux manières : tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, le maximum de déviation est différent; élevé pour l'un, il l'est moins pour l'autre, quelle que soit la durée de l'application du courant. Tantôt, au contraire, le cas est moins fréquent, l'aiguille arrive au même maximum, mais accomplit sa course, en des temps inégaux; elle se déplace rapidement chez le premier sujet, avec moins de vitesse chez le second.

Ces éléments, déviations galvanométriques d'une part, temps employé à les parcourir de l'autre, nous ont servi à dresser des courbes avec lesquelles on compare aisément les résultats de plusieurs examens électriques. La seule inspection de notre PLANCHE III permet de s'en rendre compte. Deux courbes y sont tracées : l'une est un exemple remarquable de faible résistance; le maximum est de 9 milliweber et se trouve atteint en

cinq minutes; l'autre présente des caractères opposés : l'aiguille arrive à peine à 3 milliweber en huit minutes. Il suffit d'un simple coup d'œil pour reconnaître ces différences.

II. Cela posé en physiologie, il nous parut intéressant, et même nécessaire d'étudier ces variations de résistance au point de vue pathologique. M. Charcot venait justement de rappeler (*Société de biologie*, 1882) que le D[r] Romain Vigouroux avait constaté depuis longtemps déjà chez des hystériques, atteintes d'hémianesthésie, une conductibilité moins grande du côté malade que du côté sain. Nous résolûmes de commencer nos expériences par la vérification de ce fait. C'est à la Salpêtrière, sous les yeux pour ainsi dire de M. Charcot et du D[r] R. Vigouroux, qu'ont eu lieu ces nouvelles recherches.

Il ne s'agissait plus d'une simple comparaison entre divers individus : il fallait rapprocher, comparer entre eux les deux côtés d'un même malade. La première condition à remplir était donc d'isoler le courant, de le localiser à la moitié du corps, sur laquelle on opérait. Son influence ne devait en rien se faire sentir du côté opposé où la résistance eût été sans cela déjà diminuée, avant qu'il ne fût électrisé à son tour. Pour arriver à ce résultat, nous avons légèrement modifié notre méthode : au lieu de maintenir le pôle positif sur le sternum comme précédemment, nous l'avons porté vers les parties latérales et placé sous l'aisselle. Le pôle négatif était fixé sur l'avant-bras correspondant par un lien circulaire.

Les mêmes électrodes étaient employées à droite et

à gauche, sur des points exactement symétriques. Elles présentaient une surface plane et peu étendue, afin que le contact avec l'épiderme fût mieux assuré; enfin les plus grandes précautions étaient prises pour que la pression fût autant que possible toujours la même des deux côtés.

Cinq hystériques ou hystéro-épileptiques, toutes atteintes d'hémianesthésie, ont été successivement examinées. Le côté sain était d'abord électrisé, puis le côté malade; nous revenions ensuite sur le premier côté, pour passer de nouveau sur le second, et toujours ainsi, la séance se prolongeant et les électrisations se succédant autant qu'il était nécessaire pour arriver, de part et d'autre, définitivement et d'emblée au maximum. Les tracés qui accompagnent cette note permettent, il nous semble, de comprendre facilement la marche que nous avons suivie; ils font connaître en même temps les résultats obtenus. Nous allons d'ailleurs, pour en aider la lecture, ajouter quelques mots sur chaque malade.

Disons d'abord d'une manière générale que sur nos courbes les lignes pleines représentent constamment le côté le plus sensible et les lignes ponctuées le côté le moins sensible.

Kahn (Eva), examinée le 6 mars 1882. — Hémianesthésie gauche absolument complète (Pl. IV). Un courant de douze éléments, une première fois appliqué, donne à droite un maximum de 25° en une minute seulement, à gauche un maximum de 18° en trois minutes; on voit sur la figure les deux lignes toujours séparées par un intervalle assez considérable.

Une deuxième application les rapproche; le maximum devient le même, mais est atteint d'emblée du côté sain, en quatre minutes du côté malade; enfin dans la troisième électrisation,

les lignes se confondent, la résistance est devenue égale de part et d'autre.

Georges (Louise), examinée le même jour, présente des résultats analogues, mais il faut quatre électrisations successives de chaque côté pour les obtenir. En outre, l'anesthésie existant chez elle à droite, c'est de ce côté que la résistance était d'abord plus grande.

Les courbes de Blanch... et de Gall... sont encore plus intéressantes.

Blanch... est soumise à un premier examen électrique le 1er mars 1882. — Hémianesthésie gauche des plus complètes. On obtient d'abord pour maximum : 50° en douze minutes à droite (côté sain), 40° en neuf minutes à gauche (côté malade). Une deuxième électrisation donne le même maximum 55° à droite et à gauche, mais d'emblée à droite, en deux minutes à gauche. La plus parfaite égalité existe enfin, sous tous les rapports, entre les deux courbes, dans une dernière expérience.

Le 7 mars, deuxième examen. — Un transfert s'est produit depuis la veille; la sensibilité est revenue à gauche complètement dans le membre supérieur et à la face, légèrement dans le membre inférieur; du côté opposé anesthésie ou simple diminution de sensibilité dans les points symétriques. Les résultats fournis par l'électricité sont inverses des précédents. Maximum : 50° en douze minutes du côté gauche devenu sain, 40° en onze minutes du côté droit devenu malade.

Les applications suivantes du courant modifient la vitesse de l'aiguille galvanométrique, mais non la limite extrême de sa déviation; les deux lignes finissent par arriver presque d'emblée au maximum, mais sans jamais se confondre; la ligne pleine s'élève toujours à 50°, la ligne ponctuée à 40°.

Les deux examens dont cette malade a été l'objet se contrôlent mutuellement. Ils montrent nettement que la résistance est encore dans ce cas plus grande au côté de l'hémianesthésie que du côté sain.

Gall... est profondément insensible du côté gauche, quand on l'électrise pour la première fois, le 1er *mars* 1882. Seize

éléments produisent alors de part et d'autre une même déviation de 65°, mais en six minutes à droite, en huit minutes à gauche. Ce maximum est atteint d'emblée des deux côtés à la seconde application. *Nouvel examen, huit jours après.* L'anesthésie a cette fois disparu pour faire place à une hyperesthésie des plus marquées; le courant produit à gauche une vive douleur et peut à peine être supporté; le côté droit est resté normal.

Maximum : 70° des deux côtés, en quatre minutes à gauche (hyperesthésie), en neuf minutes à droite (état normal); la différence entre les deux lignes diminue sensiblement dans la deuxième électrisation et disparaît à la troisième. La résistance était donc, dans ce cas, plus grande à gauche avec l'anesthésie; elle devient au contraire plus faible de ce même côté, quand on voit apparaître l'hyperesthésie.

Rien de contradictoire entre ces deux faits qu'on doit plutôt considérer comme la réciproque l'un de l'autre.

Notre dernière malade, Julie de la Mothe, n'a jamais présenté de différence appréciable entre les deux côtés. Etudiée à plusieurs reprises, la conductibilité électrique s'est montrée chez elle, variable sans doute à diverses époques, mais toujours la même à droite et à gauche. Il est vrai qu'il existait seulement à gauche une légère diminution de sensibilité; sans trouble visuel. En réalité, ce n'était pas à une véritable hémianesthésie que nous avions à faire.

En résumé, nos deux premières hystériques n'ont pu être examinées qu'une fois; elles confirment pleinement l'opinion du Dr R. Vigouroux. Grâce à un transfert heureusement survenu, la troisième a été deux fois observée; l'hémianesthésie, située primitivement à gauche, est passée à droite et l'augmentation de résistance a changé aussi parallèlement de côté. Chez la quatrième, une vive hyperesthésie ayant succédé à l'anesthésie la plus complète, nous avons vu du même

côté la résistance d'abord plus grande, devenir ensuite plus faible que du côté opposé. Enfin la même conductibilité a été partout constatée chez la dernière malade dont la sensibilité était à peine diminuée du côté gauche.

Tels sont les résultats de nos recherches; bien que sommairement exposés, ils nous paraissent suffire à démontrer l'importance qu'a la détermination de la conductibilité électrique chez tous les sujets. Cet élément indispensable par l'électrothérapie et l'électrodiagnostic doit même faire partie à l'avenir de la séméiologie de beaucoup de maladies et spécialement de celles du système nerveux.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE III.

Résistance électrique des tissus chez deux individus sains.— *Tracé* 1 : Faible résistance : le maximum de déviation est de 9 milliweber et est atteint en 5 minutes. — *Tracé* 2 : Forte résistance : le maximum de déviation est de 3 milliweber et est atteint en 8 minutes.

PLANCHE IV.

Résistance électrique comparée des deux côtés du corps chez des hystériques atteintes d'hémianesthésie. — indique le côté le plus sensible ; ----- indique le moins sensible.

1° Ka... (Eva). — Hémianesthésie gauche ; résistance plus grande du côté malade à une première application (*tracé* 1), s'atténuant progressivement aux applications ultérieures (*tracé* 2), et finissant par devenir égale à celle du côté sain (*tracé* 3).

2° Geor... (Louise). — Hémianesthésie droite : résultats analogues en quatre électrisations successives.

3° Blanch... — Hémianesthésie gauche : résultats analogues en trois électrisations successives.

4° Blanch... — Après transfert : résultats analogues renversés.

5° Gall... — Hémianesthésie gauche : résultats analogues en deux électrisations successives.

6° Gall... — Hypéresthésie gauche : résultats analogues renversés, en trois électrisations successives.

CLINIQUE MENTALE

DU DÉLIRE DES NÉGATIONS;

Par M. COTARD.

L'important mémoire dans lequel M. Lasègue, en 1852, a détaché des diverses formes de mélancolie le *délire des persécutions*, a été le point de départ de travaux complémentaires qui ont fait de cette forme de vésanie l'une des mieux connues dans ses symptômes, dans sa marche et ses terminaisons; il suffit de rappeler, avec le nom de M. Lasègue, ceux de Morel, de MM. Foville et Legrand du Saulle et en particulier celui de M. J. Falret qui a exposé devant la *Société médico-psychologique* le tableau aussi complet que possible des phases successives et de l'évolution de cette maladie.

En ce qui concerne les autres variétés de délire mélancolique, nos connaissances sont bien loin de cette perfection relative. On a décrit avec soin la *mélancolie simple*, la *mélancolie avec stupeur*, la *mélancolie anxieuse*, on sait que ces formes sont souvent intermittentes, que quelquefois elles deviennent continues et passent à la chronicité, mais les caractères et les phases successives du délire qui aboutit à cette chronicité n'ont pas, que je sache, été l'objet d'un travail équivalent à celui qui a été fait pour le délire des persécutions.

Je me propose, dans ce mémoire, d'exposer une évolution délirante spéciale, qui me paraît appartenir à un assez grand nombre de ces mélancoliques non persécutés, plus particulièrement aux anxieux, et reposer surtout sur des dispositions négatives très habituelles chez ces malades.

Généralement les aliénés sont *négateurs;* les démonstrations les plus claires, les affirmations les mieux autorisées, les témoignagnes les plus affectueux les laissent incrédules ou ironiques. La réalité leur est devenue étrangère ou hostile. Mais cette disposition négative est marquée surtout chez certains mélancoliques, comme l'a remarqué Griesinger.

« Sous l'influence du malaise moral profond qui constitue le trouble psychique essentiel de la mélancolie, dit cet auteur, l'humeur prend un caractère tout à fait négatif... Cette confusion, dit-il plus loin, que fait le malade entre le changement subjectif des choses extérieures qui se produit en lui, et leur changement objectif ou réel, est le commencement d'un état de rêve dans lequel, lorsqu'il arrive à un degré très élevé, il semble au malade que le monde réel s'est complètement évanoui, a disparu ou est mort et qu'il ne reste plus qu'un monde imaginaire au milieu duquel il est tourmenté de se trouver. »

Je hasarde le nom de *délire de négations* pour désigner l'état des malades auxquels Griesinger fait allusion dans ces dernières lignes et chez lesquels la disposition négative est portée au plus haut degré. Leur demande-t-on leur nom? ils n'ont pas de nom; leur âge? ils n'ont pas d'âge; où ils sont nés? ils ne sont pas nés; qui étaient leur père et leur mère? ils n'ont

ni père, ni mère, ni femme ni enfants; s'ils ont mal à la tête, mal à l'estomac, mal en quelque point de leur corps? ils n'ont pas de tête, pas d'estomac, quelques-uns même n'ont point de corps; leur montre-t-on un objet quelconque, une fleur, une rose, ils répondent : Ce n'est point une fleur, ce n'est point une rose. Chez quelques-uns la négation est universelle, rien n'existe plus, eux-mêmes ne sont plus rien.

Ces mêmes malades qui nient tout, s'opposent à tout, résistent à tout ce qu'on veut leur faire faire. Certains fous, dit Guislain, sont d'une opposition dont on ne peut se faire une idée quand on ne les a pas vus de près. Il faut les plus grands efforts pour les déterminer à changer de linge, ils refusent de se coucher dans leur lit, ils ne veulent pas se lever, ils sont opposés à tout ce qu'on leur demande de faire. C'est la *folie d'opposition*.

A cette folie d'opposition, Guislain rattache le mutisme, le refus des aliments et cette singulière disposition de certains aliénés qui s'efforcent de retenir leurs urines et leurs excréments. Mais il ne signale pas le délire de négation dont la folie d'opposition n'est pour ainsi dire que le côté moral. Il en est de même de la plupart des auteurs et il paraît étrange qu'une lésion intellectuelle aussi caractérisée n'ait pas davantage attiré l'attention. Les cas même où le fait est simplement signalé, sont rares. La forme hypochondriaque du délire des négations seule est devenue d'observation vulgaire depuis les travaux de M. Baillarger.

C'est dans les *Fragments psychologiques* de Leuret que je trouve l'observation la plus caractéristique. J'en résume l'interrogatoire.

— Comment vous portez-vous, madame? La personne de moi-même n'est pas une dame, appelez-moi mademoiselle, s'il vous plaît. — Je ne sais pas votre nom, veuillez me le dire? La personne de moi-même n'a pas de nom : elle souhaite que vous n'écriviez pas. — Je voudrais pourtant bien savoir comment on vous appelle, ou plutôt comment on vous appelait autrefois. Je comprends ce que vous voulez dire. C'était Catherine X..., il ne faut plus parler de ce qui avait lieu. La personne de moi-même a perdu son nom, elle l'a donné en entrant à la Salpêtrière. — Quel âge avez-vous? La personne de moi-même n'a pas d'âge. — Vos parents vivent-ils encore? La personne de moi-même est seule et bien seule, elle n'a pas de parents, elle n'en a jamais eu. — Qu'avez-vous fait et que vous est-il arrivé depuis que vous êtes la personne de vous-même? La personne de moi-même a demeuré dans la maison de santé de..... On a fait sur elle et on fait encore des expériences physiques et métaphysiques. Ce travail n'était pas connu d'elle avant 1827. Voilà une invisible qui descend, elle vient mêler sa voix à la mienne.

La malade de Leuret présentait, en outre du délire de négation le mieux caractérisé, des hallucinations nombreuses : elle était tourmentée par des *invisibles*, par la *physique* et la *métaphysique*, en un mot, on observait chez elle des symptômes de délire de persécution. Les cas complexes où, comme dans celui-ci, les deux délires coexistent, ne sont pas rares, j'en citerai plus loin des exemples. Mais le plus souvent ces deux formes de délire s'observent isolément chez des malades différents.

Le vrai persécuté parcourt toutes les phases de son délire, depuis l'hypochondrie du début jusqu'à la mégalomanie, sans que ses dispositions négatives dépassent ce qu'on observe communément chez les aliénés; il nie par méfiance, par crainte d'être dupe, ou bien parce qu'il est complètement dominé par ses conceptions délirantes et ses hallucinations, et qu'il en est arrivé à

vivre dans un monde imaginaire, mais ses dispositions négatives sont bien différentes de la négation systématisée dont je veux parler ici.

En général les persécutés ne présentent ni la profonde dépression, ni l'anxiété gémissante des vrais mélancoliques; il ne semble pas qu'il y ait en eux ce trouble profond de la sensibilité morale que Griesinger considère comme l'élément fondamental de la mélancolie. C'est sur ce terrain, au contraire, que paraît se développer plus ou moins tardivement et après une évolution délirante spéciale, la négation systématisée. Il n'est pas rare, toutefois, dans les états de chronicité avancée, que le délire de négation survive en quelque sorte aux troubles généraux du début et que les malades, comme celle de Leuret, ne présentent plus ni dépression ni agitation anxieuse manifestes.

Je viens d'assigner, comme double origine du délire des négations, la mélancolie avec dépression ou stupeur et la mélancolie agitée ou anxieuse. Quelque différentes que soient, dans leurs manifestations externes, ces deux formes de mélancolie, on ne peut se refuser à reconnaître leurs analogies délirantes, analogies frappantes surtout dans les cas où la dépression et l'agitation anxieuse se succèdent ou alternent chez les mêmes malades, sans que le délire soit sensiblement modifié.

Dans ces formes prédominent l'anxiété (une anxiété intérieure effroyable constitue l'état fondamental de la mélancolie avec stupeur, dit Griesinger), les craintes, les terreurs imaginaires, les idées de culpabilité, de perdition et de damnation; les malades s'accusent eux-mêmes, ils sont incapables, indignes, ils font le malheur et la honte de leurs familles; on va les arrêter

les condamner à mort: on va les brûler ou les couper par morceaux. Ces craintes de prison, de condamnation et de supplices ne doivent pas, comme nous l'a souvent fait remarquer M. J. Falret, être confondues avec le véritable délire de persécution qui est relativement rare chez les malades de cette espèce. Bien différents des persécutés, *ils s'accusent eux-mêmes;* si on va les livrer au dernier supplice, ce n'est que justice, ils ne l'ont que trop mérité par leurs crimes.

A ce point de vue, on peut distinguer deux grandes classes de mélancoliques : ceux qui s'en prennent à eux-mêmes et ceux qui accusent le monde extérieur et surtout le milieu social. Ces derniers sont les persécutés que Guislain avait déjà désignés du nom d'*aliénés accusateurs*.

Cette division des mélancoliques correspond à peu près à la division en *mélancolie* avec trouble général de l'intelligence et en *monomanie triste* (Baillarger) et à la division eu *lypémanie générale* et *lypémanie partielle* (Foville); on peut dire, d'une manière très générale, que les mélancoliques vrais s'accusent eux-mêmes, tandis que les monomanes tristes accusent autrui. Mais il n'est pas rare de voir, d'une part, les persécutés prendre, pendant un paroxysme, les caractères de la mélancolie générale, déprimée ou anxieuse, et, d'autre part, les mélancoliques à idées de culpabilité, arrivés à une période plus ou moins avancée de leur maladie, revêtir la physionomie des monomanes tristes.

Il y a sans doute, derrière ces manifestations extérieures, qui varient depuis la stupeur jusqu'à l'agitation anxieuse, quasi-maniaque, des dispositions maladives plus profondes où réside la différence essentielle

entre les persécutés et les autres mélancoliques. Peut-être est-ce dans les tendances que j'ai indiquées tout à l'heure et qui portent les malades soit à s'accuser eux-mêmes, soit à accuser les autres, qu'il faudrait chercher la manifestation la plus immédiate de ces dispositions intimes qui constituent le véritable fond de la maladie.

Ces tendances existent souvent pendant bien des années avant l'apparition évidente du délire; à un degré très atténué on les rencontre chez beaucoup d'hommes sains d'esprit, parmi lesquels elles établissent deux catégories tout à fait distinctes.

Longtemps avant d'être réellement aliénés, les persécutés sont soupçonneux et méfiants, plus sévères pour les autres que pour eux-mêmes; pendant longtemps aussi certains anxieux, avant d'être frappés d'un accès franchement vésanique, sont scrupuleux, timides, toujours disposés à s'effacer, plus sévères pour eux-mêmes que pour les autres.

J'insiste sur cette division des délires mélancoliques, confondus par la plupart des auteurs. Marcé paraît l'admettre implicitement; il ne signale, dans la véritable mélancolie, que les idées de ruine, de culpabilité, etc., indique le délire hypochondriaque consécutif et relègue dans la monomanie les idées de persécution; mais il n'insiste pas autrement sur cette distinction, qui du reste paraît trop absolue, puisque certains persécutés présentent les caractères de la mélancolie vraie et que d'autres malades à idées de ruine et de culpabilité ressemblent à des monomanes.

Examinons maintenant par quelle évolution délirante les mélancoliques qui s'accusent eux-mêmes arrivent au *délire des négations;* résumons d'abord les

principaux caractères de leur état mental. Dans leur forme la plus atténuée, ces caractères sont ceux de la variété de mélancolie désignée sous les noms de *mélancolie simple ou sans délire* et plus exactement sous le nom d'*hypochondrie morale* par M. J. Falret, qui l'a décrite avec une exactitude minutieuse.

Les mélancoliques, dits sans délire, sont en effet atteints d'un délire triste portant sur l'état de leurs facultés morales et intellectuelles, et présentant déjà une forme négative évidente. « Ils ont honte ou même horreur de leur propre personne et se désespèrent en songeant qu'ils ne pourront jamais retrouver leurs facultés perdues... Ils regrettent leur intelligence évanouie, leurs sentiments éteints, leur énergie disparue... Ils prétendent qu'ils n'ont plus de cœur, plus d'affection pour leurs parents et leurs amis, ni même pour leurs enfants. »

Les idées de ruine apparaissent souvent, et semblent être un délire négatif de même nature : en même temps que ses richesses morales et intellectuelles, le malade croit avoir perdu sa fortune matérielle; il n'a plus rien de ce qui fait l'orgueil de l'homme , ni intelli gence, ni énergie, ni fortune.

C'est l'envers du délire des grandeurs où les malades s'attribuent d'immenses richesses en même temps que tous les talents et toutes les capacités. Cette hypochondrie morale repose sur le fonds commun de la mélancolie et sur un état d'anxiété vague et indéterminée, « les malades sentent que tout est changé en eux et au dehors et se désolent de ne plus apercevoir les choses à travers le même prisme qu'autrefois ». (J. Falret.)

Dans ces cas légers, il existe déjà comme un voile à travers lequel le malade ne perçoit plus la réalité que d'une manière confuse; tout lui paraît transformé. A mesure que l'état maladif devient plus intense, ce voile s'épaissit et, dans les cas de stupeur, finit par masquer entièrement le monde réel. Le malade est alors, comme le fait justement remarquer M. Baillarger, dans un état voisin du rêve.

Non seulement à ce point de vue, mais à tous autres égards, il semble n'y avoir qu'une différence de degré entre ces états d'hypochondrie morale et les affections mélancoliques avec idées de culpabilité, de ruine, de damnation et négation systématisée. L'hypochondrie morale est une ébauche dont il suffit d'accentuer les traits et de forcer les ombres pour achever le tableau de ces dernières formes de mélancolie.

Le dégoût de soi-même arrive au délire de culpabilité et de damnation, les craintes deviennent des terreurs; la réalité extérieure transformée et confusément perçue finit par être niée. Certaines négations se montrent même de très bonne heure chez les hypochondriaques moraux; ils nient la possibilité de leur guérison, d'un soulagement quelconque dans leur état de souffrance; c'est une des premières négations de ces malades dont quelques-uns iront plus tard jusqu'à nier le monde extérieur et leur propre existence.

Il importe de bien distinguer cet état d'hypochondrie morale de l'hypochondrie ordinaire.

Bien qu'on doive, dit M. Baillarger, admettre des cas de mélancolie sans délire, néanmoins il importe de se défier de certains hypochondriaques qui ont en apparence beaucoup de ressemblance avec les mélan-

coliques dont il est ici question. Le véritable mélancolique est dans un état de dépression générale... Rien de pareil n'a lieu chez l'hypochondriaque, qu'une distraction peut momentanément faire sortir de sa prétendue prostration, de sa nullité, de son impuissance, etc.

L'hypochondrie ordinaire, dont parle ici M. Baillarger se rapproche par plusieurs caractères du délire des persécutions, dont elle n'est souvent que la première période, et c'est surtout l'évolution diverse des deux hypochondries qui justifie la distinction de M. Baillarger. On peut dire d'une manière générale que l'hypochondrie morale est au délire de ruine, de culpabilité, de perdition et de négation, ce que l'hypochondrie ordinaire est au délire des persécutions.

Lorsque le délire de négation est constitué, il porte soit sur la personnalité même du malade, soit sur le monde extérieur. Dans le premier cas, il prend une forme hypochondriaque analogue au délire spécial signalé par M. Baillarger chez les paralytiques : les malades n'ont plus d'estomac, plus de cerveau, plus de tête, ils ne mangent plus, ne digèrent plus, ne vont plus à la garde-robe, et en fait ils refusent énergiquement les aliments et souvent retiennent leurs matières fécales. Quelques-uns, comme je l'ai indiqué dans une note présentée à la Société médico-psychologique, s'imaginent qu'ils ne mourront jamais. Cette idée d'immortalité se rencontre surtout dans les cas où l'agitation anxieuse prédomine; dans la stupeur, les malades s'imaginent plutôt qu'ils sont morts. On en voit même qui présentent alternativement l'idée d'être morts ou l'idée de ne pouvoir mourir, suivant leurs

états alternatifs d'agitation anxieuse ou de dépression stupide.

Le délire hypochondriaque, surtout moral au début, devient, à une période plus avancée et surtout quand la maladie passe à l'état chronique, à la fois moral et physique. Des malades qui commencent par n'avoir ni cœur, ni intelligence, finissent par n'avoir plus de corps. Quelques-uns, comme la malade de Leuret, ne parlent d'eux-mêmes qu'à la troisième personne. Chez les persécutés, la marche est inverse. L'hypochondrie du début est surtout physique; mais à une période plus avancée, les malades se préoccupent de leurs facultés intellectuelles, on les abêtit, on les empêche de penser, on leur dit des bêtises, on leur soutire leur intelligence, etc.

Ces deux hypochondries ne diffèrent pas seulemen par leur marche; l'hypochondrie des anxieux porte le cachet de l'humilité; ils n'ont rien et sont rien qui vaille; ils sont pourris, atteints de maladies ignobles, quelques-uns croient avoir la syphilis, et Fodéré avait déjà remarqué la connexion de cette dernière idée délirante avec ce qu'il appelle la damnomanie.

Tout autres sont les hypochondriaques persécutés. Ils ont en général fort bonne opinion d'eux-mêmes et de leur organisation assez robuste pour supporter tant de maux; ils s'en prennent aux influences extérieures, à l'air, à l'humidité, au froid, à la chaleur, aux aliments et surtout aux médicaments. S'il s'agit de syphilis, ce n'est pas la syphilis, mais le mercure qui devient la cause de toutes leurs souffrances. Ils finissent par accuser le médecin et arrivent au délire de persécution

confirmé. (Legrand du Saulle, *Gazette des hôpitaux*, décembre 1881.)

Ces influences nuisibles auxquelles le persécuté se croit en butte et qui du dehors convergent vers sa personne, l'anxieux s'imagine au contraire en être la source et les répandre tout autour de lui; il se figure qu'il porte malheur aux personnes qui l'approchent, au médecin qui le soigne, aux domestiques qui le servent; il va leur communiquer des maladies mortelles, les compromettre ou les déshonorer; la maison où il habite sera une maison maudite; en se promenant dans le jardin, il fait périr les arbres et les fleurs.

Le délire hypochondriaque de négation est souvent lié à des altérations de la sensibilité. L'anesthésie est fréquente dans la stupeur où elle a été signalée par tous les auteurs, on la rencontre aussi chez quelques mélancoliques anxieux; chez d'autres, il semble qu'il y ait au contraire hyperesthésie, les malades ne veulent pas se laisser approcher; ils crient dès qu'on les touche et répètent sans cesse : « Ne me faites pas de mal ! »

Dans quelle mesure ces altérations de la sensibilité concourent-elles au développement du délire hypochondriaque de négation, c'est là une question de pathogénie que je ne veux point essayer d'élucider. Je me borne à les signaler comme caractère différentiel des deux délires hypochondriaques; fréquentes chez les négateurs, elles sont tout à fait rares chez les persécutés.

Lorsque le délire porte sur le monde extérieur, les malades s'imaginent qu'ils n'ont plus de famille, plus de pays, que Paris est détruit, que le monde n'existe plus, etc. Les croyances religieuses, et en particulier la croyance en Dieu, disparaissent souvent, quelquefois

de très bonne heure. Griesinger a signalé les idées lugubres, négatives, dont se sentent envahis les malades que leur agitation inquiète rend incapables de recueillement et de prière.

Ce ne serait pas assez d'une rapide description du délire des négations et de ses diverses formes, pour faire de ce délire une espèce particulière de mélancolie. Je voudrais montrer que, conjointement à ce délire, il existe de nombreux symptômes étroitement associés entre eux, de manière à constituer une véritable maladie, distincte par ses caractères et son évolution.

Le délire des persécutions peut nous servir de type. C'est surtout en faisant ressortir les différences et les contrastes qu'il présente avec le *persécuté*, que je cherche à dépeindre le *négateur*.

J'ai déjà commencé ce parallèle en marquant la différence entre l'hypochondrie morale et l'hypochondrie ordinaire, entre le mélancolique anxieux qui s'accuse lui-même et le persécuté qui s'en prend au monde extérieur. Lorsque la maladie devient plus intense, ou revêt dès le début une forme plus grave, il s'ajoute aux symptômes ébauchés dans l'hypochondrie morale et au délire vulgaire de ruine et de culpabilité, des phénomènes nouveaux qui méritent de fixer l'attention en raison de leurs caractères spéciaux : ce sont les hallucinations.

Ces hallucinations sont fréquentes surtout dans les états de stupeur, mais on les observe aussi dans la forme anxieuse. Les malades se croient entourés de flammes, ils voient des précipices à leurs pieds, ils s'imaginent que la terre va les engloutir ou que la maison va s'écrouler, ils voient les murs chanceler et croient

que la maison est minée; ils entendent les préparatifs de leur supplice, on dresse la guillotine; ils entendent des roulements de tambour, des détonations d'armes à feu, on va les fusiller; ils voient la corde destinée à les pendre, ils entendent des voix qui leur reprochent leurs crimes, leur lisent leur arrêt de mort ou qui leur répètent qu'ils sont damnés. Quelques-uns ont des hallucinations du goût et de l'odorat et s'imaginent qu'ils sont pourris, que leurs aliments sont transformés, qu'on leur présente des ordures, des matières fécales, de la chair humaine, etc.

En général, les hallucinations, chez les malades à idées de culpabilité, appartiennent à cette catégorie d'hallucinations, établie par M. Baillarger, qui reproduisent les préoccupations actuelles des malades. Une mélancolique, dit cet auteur, qui s'accusait de crimes imaginaires, était obsédée jour et nuit par une voix qui lui lisait son arrêt de mort et décrivait les supplices qui lui étaient réservés. Une autre malade dont l'histoire est rapportée par Michéa, se croit coupable, poursuivie par la police et menacée de mort. Elle est placée dans une maison de santé et quelques jours après, la lypémanie étant à son comble, elle aperçoit presque constamment à ses pieds la corde qui doit servir à l'étrangler et le cercueil préparé pour recevoir son cadavre.

Des malades se croient damnés et ils voient les flammes de l'enfer, ils entendent des coups de fusil et croient qu'on va les fusiller. Guislain a fait remarquer l'étroite connexion entre la démonophobie, le suicide et ce genre d'hallucinations où les malades voient partout des flammes, des incendies.

L'état hallucinatoire des mélancoliques anxieux, stupides ou agités, est profondément distinct de celui des persécutés, d'abord par les hallucinations de la vue qui sont rares chez les persécutés et ensuite par le caractère des hallucinations auditives. Comme les hallucinations de la vue, celles-ci sont simplement confirmatives des idées délirantes et il est quelquefois malaisé de les en distinguer; chez les anxieux, le phénomène hallucinatoire ne présente pas cette indépendance qui lui donne, chez les persécutés une si grande netteté en même temps qu'une évolution toute spéciale.

Le persécuté arrive peu à peu à un dialogue, on le voit écouter, répondre avec impatience ou colère à ses interlocuteurs imaginaires; rien de pareil chez l'anxieux: s'il parle, c'est pour répéter sans cesse les mêmes mots, les mêmes phrases, le même gémissement, sa loquacité a le caractère d'un *monologue,* d'une *litanie*, tandis que celle du persécuté est *dialogante.*

On n'observe pas non plus chez l'anxieux la répercusion de la pensée, l'écho, ni ce vocabulaire spécial qui permet de reconnaître au bout d'un instant de conversation les persécutés chroniques.

J'ai indiqué, au commencement de ce travail, l'opposition et la résistance systématiques des délirants par négation; on rencontre souvent chez eux une raideur et une tension musculaires qui montrent que leur inertie n'est qu'apparente et que leur résistance n'est pas simplement passive. Dès qu'on veut changer leur attitude, imprimer quelque mouvement à leurs membres, ils contractent énergiquement leurs muscles pour résister et maintenir leur position ordinaire.

Je ne veux pas m'arrêter sur les tremblements

signalés chez quelques anxieux, sur les accidents cataleptiformes des stupides, mais je ne puis passer sous silence les impulsions suicides et les mutilations si fréquentes chez les anxieux, surtout quand ils sont dominés par des idées religieuses, et qui établissent encore une différence avec les persécutés chez lesquels le suicide est beaucoup moins fréquent, et les mutilations tout à fait rares.

Les anxieux à idées de damnation sont les malades les plus disposés au suicide; alors même qu'ils se croient morts, ou dans l'impossibilité de jamais mourir, ils n'en cherchent pas moins à se détruire; les uns veulent se brûler, le feu étant la seule solution, les autres veulent être coupés par morceaux et cherchent par tous les moyens possibles à satisfaire ce besoin maladif de mutilations, de destruction et d'anéantissement total. Quelques-uns se montrent violents envers les personnes qui les entourent; il semble qu'ils veuillent démontrer qu'ils sont bien réellement les êtres les plus pervers et les plus dépourvus de sentiments moraux; souvent ils injurient, blasphèment; des damnés et des diables ne peuvent faire autrement.

Le refus des aliments, si étroitement lié à la folie d'opposition, présente aussi quelques caractères spéciaux chez les négateurs. En général il est *total* et porte indistinctement sur tous les aliments; les malades refusent de manger parce qu'ils n'ont pas d'estomac, que « la viande et autre nourriture leur tombe dans la peau du ventre », parce que les damnés ne mangent point, parce qu'ils n'ont pas de quoi payer. Quelques-uns cependant, dominés par un délire de culpabilité ou de ruine moins intense, choisissent dans leurs aliments :

ils ne mangent que du pain sec par pénitence ou se privent de dessert.

Le persécuté au contraire examine soigneusement ses aliments, cherche ce qui lui paraît bon, rejette ce qui lui semble suspect ; quand par hasard il rencontre des aliments qu'il suppose indemnes de tout poison, il mange avec voracité. En général, le refus des aliments est *partiel* chez le persécuté.

J'arrive, pour terminer ce parallèle, à l'étude de la *marche* de la maladie. Le délire des persécutions est essentiellement rémittent ou, si l'on veut, continu avec paroxysmes ; la maladie débute en géneral de bonne heure, se développe d'une manière lente et progressive et dure toute la vie. Cette marche rémittente est déjà manifeste dans l'hypochondrie du début ; elle l'est aussi dans le cas où le mal ne paraît pas évoluer au delà de cette forme ébauchée.

La maladie a une toute autre allure chez les négateurs : elle frappe brusquement, souvent vers la période moyenne de la vie, des personnes dont la santé morale avait paru jusque-là correcte ; quand elle guérit, la guérison est brusque, comme le début ; le voile se déchire et le malade se réveille comme d'un rêve.

Les formes les plus légères, il n'est pas besoin de le dire, sont aussi les plus curables. La mélancolie dite sans délire, l'hypochondrie morale, les états anxieux avec idées de ruine, guérissent habituellement. Mais la maladie est sujette à des retours, à des intervalles plus ou moins éloignés et prend le caractère des vésanies intermittentes. Ce caractère intermittent se manifeste quelquefois, même dans des cas incurables, par des

réveils de courte durée et où il semble que le malade ait retrouvé sa lucidité tout entière.

J'ai vu une fois, dit Griesinger, chez une malade atteinte de mélancolie profonde (elle se figurait avoir complètement perdu sa fortune et se croyait menacée de mourir de faim) un intervalle parfaitement lucide d'environ un quart d'heure, survenir saus motif appréciable et disparaître de même brusquement.

Dans les formes où prédomine d'emblée la stupeur, la guérison s'observe souvent malgré l'intensité du délire et son absurdité. Mais il n'est pas rare qu'après une agitation anxieuse intense et prolongée, avec hallucinations, délire panophobique, etc., les malades tombent dans une espèce de stupidité trop souvent confondue avec la démence et qui se prolonge indéfiniment. Ces malades présentent souvent la folie d'opposition au plus haut degré, ils sont muets, quelques-uns répètent seulement le mot « Non ».

Le *pronostic* est également fâcheux lorsqu'on voit diminuer l'intensité du trouble mélancolique général, tandis que les idées délirantes et les négations persistent au même degré. Les malades arrivent au délire négatif systématisé qui est rarement curable; ils présentent eux aussi dans la plupart des cas la folie d'opposition, dont Guislain a signalé le fâcheux pronostic.

Par sa marche, par son début, par sa terminaison brusque, quand elle guérit, la folie des négations se rattache au groupe des vésanies d'accès ou intermittentes et à la folie circulaire. Si même on réserve le nom de délire des négations aux cas où ce délire est arrivé au degré que j'ai indiqué au commencement de ce travail, on peut dire que le délire des négations est

un état de chronicité spécial à certains mélancoliques intermittents dont la maladie est devenue continue.

Je veux seulement signaler un point qui me paraît établir une différence entre les négateurs et d'autres intermittents qui se rapprochent plutôt des circulaires. Lorsqu'on se renseigne sur les antécédents, le caractère des malades, on apprend souvent qu'ils ont toujours été un peu mélancoliques, taciturnes, scrupuleux, dévoués, charitables, toujours prêts à rendre service; quelques-uns doués des qualités morales les plus distingués. Leur état maladif, leur délire d'humilité ne contrastent pas d'une manière absolue avec leur manière d'être antérieure et n'en sont que l'exagération maladive. En un mot ces malades ne sont pas franchement alternants comme les circulaires et comme certains intermittents dont l'état considéré comme sain contraste absolument avec les accès mélancoliques.

Ce caractère des négateurs permet aussi de les séparer nettement de la plupart des héréditaires parmi lesquels ils forment une catégorie spéciale; ils se distinguent, en effet, par un développement exagéré, s'il est permis de le dire, de ces mêmes qualités morales dont l'avortement chez les autres héréditaires explique la vie désordonnée, le profond égoïsme, l'orgueil, le caractère indisciplinable, les délits et les crimes.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MENTALE

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA FRÉQUENCE DES MALADIES SEXUELLES CHEZ LES ALIÉNÉES;

Par le Dr S. DANILLO, médecin de la Clinique de Saint-Pétersbourg.

L'influence des affections génitales sur la production et la marche de la folie et des maladies nerveuses chez les femmes a déjà été traitée plusieurs fois; mais cette question, fort intéressante, a rencontré des avis différents. Les uns croyaient que la plupart des affections mentales et nerveuses de la femme étaient dues exclusivement ou, du moins, principalement à l'influence prépondérante des anomalies, soit physiologiques, soit anatomiques, du système générateur. D'autres, au contraire, ou niaient presque absolument cette influence, si marquée pour les premiers, ou même ne l'abordaient pas du tout. Enfin, les auteurs anciens rapportent un grand nombre d'observations d'après lesquelles diverses anomalies fonctionnelles sexuelles peuvent produire des accès de folie, observations notées en grande partie dans le livre de Berthier [1]. Nous avouerons, en passant, que, dans l'état actuel de la science, ces faits ne peuvent présenter qu'un intérêt exclusivement historique et que personne ne voudrait en déduire les moindres conclusions; ces faits, bien

[1] Berthier. — *Sur les névroses menstruelles*, 1874.

que nombreux, ne présentent pas des données suffisantes pour être considérés comme certains.

Quoi qu'il en soit, les aliénistes continuent, dans divers traités, à discuter de l'influence des maladies sexuelles sur la folie chez la femme.

Ainsi, dans la bibliographie française, on trouve certaines indications. Chez Esquirol[1], ces indications sont très générales. Guislain[2] dit que, dans beaucoup de femmes aliénées, la région des ovaires est le siège de souffrances profondes. Morel croit que les maladies primitives des organes génitaux chez les femmes ont été les causes de la plupart des cas d'aliénation mentale. Falret[3] envisage aussi les anomalies fonctionnelles de la sphère sexuelle chez la femme comme une des causes prédisposantes occasionnelles et indirectes de la folie (p. 66); et, en ce qui touche la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées, il se borne à noter que celles-ci, plus que les autres femmes, sont exposées aux irrégularités et suppressions menstruelles, ce qui lui paraît toutefois trop exagéré (*loc. cit.*, p. 301). Marcé[4] dit également que les fonctions génitales et leurs anomalies peuvent être cause de la folie chez la femme, sans, toutefois, aborder, comme les précédents auteurs, la question de la fréquence de maladies sexuelles chez les aliénées.

Ball, Dagonet, Luys, ne touchent presque pas non plus cette question. Mairet[5] croit que la folie peut être

[1] Esquirol. — *Traité des maladies mentales.*

[2] Guislain. — *Leçons orales sur les phrénopathies*, 1880.

[3] J. Falret. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1864.

[4] Marcé. — *Sur la folie des femmes enceintes*, 1858.

[5] Mairet. — *Maladies sexuelles et aliénation mentale.* (*Montpellier médical.* Octobre-novembre 1881, janvier 1882.)

provoquée et entretenue par des désordres du système sexuel chez la femme, en se rangeant à l'opinion déjà émise par Azam [1], qui décrit quarante cas d'autopsie de femmes aliénées avec lésions sexuelles. Boussi [2], au contraire, ne croit pas à l'influence des maladies sexuelles sur la folie. Enfin, Boyé [3], se fondant sur les travaux des autres et sur ses propres observations, arrive à conclure que les maladies des organes génitaux s'observent souvent chez les aliénées et que ces maladies sont fréquemment la cause de la folie.

Quant aux auteurs allemands : Griesinger [4], Leidesdorf [5], Schlager [6], et Ammon [7] émettent l'opinion que quelquefois les anomalies fonctionnelles ou anatomiques de la sphère sexuelle peuvent influer d'une certaine façon chez la femme, soit dans le cours de la maladie mentale ou d'une névrose déjà existantes, soit même, dans certaines conditions, en provoquant un accès de folie aiguë. Krafft-Ebbing [8], Ripping [9], et

[1] Azam. — *Folie entretenue et provoquée par les lésions de l'utérus et de ses annexes*, 1858.

[2] Boussi. — *Etude sur les troubles nerveux réflexes observés dans les maladies utérines.* Thèse de Paris, 1880.

[3] Boyé. — *Essai clinique sur les rapports des troubles génitaux à la folie chez la femme.* Thèse de Montpellier, 1880.

[4] Griesinger. — *Seelenkrankeiten*, 1866.

[5] Leidesdorf. — *Pathologie und Therapie der psychischen Krankeiten*, 1873.

[6] Schlager. — *Zeitschrift für Psychiatrie* 1858. Bd. XV. *Die Beziehung des menstrual-Processes und seiner Anomalien zur psychischen Stœrungen*, etc.

[7] Ammon. — *Ueber Beziehungen der Genital-Affectionen zu Neurosen*, 1874.

[8] Krafft-Ebbing. — *Archiv für Psychiatrie.* Bd. VIII, 1877. *Untersuchungen über Irrensein zur Zeit der Menstruation.*

[9] Ripping. — *Die Geistes-Stœrungen der Schwangeren, Wœchnerinnen und Sæugenden*, 1877.

plusieurs autres sont du même avis. Emminghaus[1], remarque brièvement que les anomalies de la menstruation peuvent quelquefois ne pas attaquer les fonctions psychiques dans le cours d'une maladie mentale. Schüle[2], au contraire, dit très nettement que dans nul cas éthiologique les irritations physiques et les causes prédisposantes morales ne sont liées comme les maladies sexuelles et les maladies mentales chez la femme (*loc. cit.*, p. 306).

En somme, on le voit, si, d'après les données d'un certain nombre d'auteurs, les troubles génitaux chez la femme sont une des causes les plus essentielles de la folie et ont une influence sérieuse sur l'affection mentale (Marcé, Falret, Guislain, Mairet, Boyé, Griesinger, Schlager, Brierre de Boismont, Ammon, Krafft-Ebbing, Ripping, Schraeter, Schüle et autres), il en est qui ne croient pas à cette influence ou n'abordent presque pas cette question (Ball, Dagonet, Luys, Boussi, Emminghaus, Leidesdorf, Hammond).

Les auteurs qui admettent aux maladies sexuelles chez la femme une certaine influence soit sur l'évolution de la folie, soit sur son développement, l'abordent chacun d'une façon différente. Ainsi, les uns, émettant une opinion très sommaire (Morel, Falret, Guislain, Griesinger, Schüle), se bornent à signaler le fait sans aucune observation à l'appui de leur opinion. D'autres envisagent cette question d'une manière toute particulière. Leurs recherches ne portent que sur certaines formes de folie liées à quelques états particuliers de la femme, comme la grossesse, l'accouchement, l'allaite-

[1] Emminghaus. — *Allgemeine Psychopathologie*, 1878.
[2] M. Schüle. — *Geistes-Krankheiten* (*Ziemssens Handbuch*).

ment (Marcé, Ripping, Schmidt[1], et la plupart des auteurs des divers traités classiques sur l'aliénation mentale). D'autres, enfin, traitant la question sur le rapport des affections utérines, citent des faits positifs qui indiqueraient que diverses affections sexuelles, soit aiguës, soit chroniques, peuvent donner lieu à une maladie mentale, même grave (Krafft-Ebbing, Boyé, Schroeter[2], Müller[3], L. Mayer[4], Mairet, Azam, etc.). On trouve également, dans les Revues médicales, un grand nombre d'observations isolées analogues.

Maintenant, il faut reconnaître que, si l'on se borne à recueillir certaines données seulement positives, on s'expose à laisser échapper à l'observation les autres éléments nécessaires pour pouvoir arriver à une conclusion, qui doit être fondée non pas seulement sur un symptôme, mais sur leur ensemble et dans certaines conditions bien déterminées. Il est aussi évident, d'autre part, que les auteurs qui contestent aux fonctions sexuelles et à leurs anomalies une influence quelconque sur le développement et l'évolution de la folie, sont dans le même cas quant à une conclusion.

Dans une pareille dissidence, qui vient, on le voit, de la méthode différente suivie par les auteurs qui se sont occupés de la question du rapport des maladies sexuelles chez la femme avec la folie, il restait à se

[1] M. Schmidt. — *Archiv für Psychiatrie* 1880. Bd. X. *Beitrag zur Kenntniss der puerperal Psychosen.*

[2] Schroeter. — *Zeitschrift für Psychiatrie* 1874. Bd. 31. *Die Menstruation und ihre Beziehung zur Psychosen.*

[3] O. Müller. — *Zeitschrift für Psychiatrie*, 1868. *Chronische Metritis und ihre Beziehung zur Psychosen.*

[4] L. Mayer. — *Die Beziehungen der krankhaften Vorgængen und Zusænden in den Sexual-Organen des Weibes, zur Geistes-Stœrungen*, 1870.

demander s'il n'y aurait pas à rechercher une autre méthode pour arriver à résoudre la question qui se posait avant tout, à savoir quelle est la fréquence, en général, des maladies sexuelles chez la femme aliénée. En effet, si l'on pouvait établir d'une manière plus nette le degré de la fréquence des maladies sexuelles, en général, chez les aliénées et, en même temps, les formes gynécologiques qui s'associent le plus souvent aux troubles mentaux, on pourrait aussi, par cela même, juger de leur gravité et de leur influence probable sur la maladie mentale déjà existante.

Seulement, en abordant cette question, on est obligé de reconnaître que non seulement les indications bibliographiques font presque entièrement défaut sur ce point intéressant de la pathologie générale de la folie, mais encore que celles qui existent diffèrent singulièrement entre elles. Ainsi, H. Furke[1] dit très brièvement que la folie chez la femme est accompagnée de maladies sexuelles daus dix cas sur cent. Les autres croient ces maladies fréquentes, mais sans rien préciser. Krafft-Ebbing (*loc. cit.*) trouva six cas de lésions génitales sur dix-neuf, tandis que dans huit les organes génitaux étaient à l'état normal et que dans cinq l'état était inconnu. Skene[2] compta, sur cent quatre-vingt-douze malades, vingt sept seulement chez lesquelles la menstruation se faisait régulièrement; ce qui ferait que les anomalies fonctionnelles s'observeraient presque dans la mesure de 86 p. 100. En même temps, il note som-

[1] H. Fuke. — *Manual of psychological medicine*, 1862.

[2] J.-C. Skene. — *Rapport des affections utérines à la folie*. Extrait dans les *Archives de Neurologie*, 1881, n° 4 (*Arch. of. med. New-York*, 1880 février.

mairement que les affections utéro-ovariennes seraient fréquentes chez les aliénées.

Malgré mes recherches bibliographiques, je n'ai pu trouver d'autres données sur la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées. On a pourtant encore sur cette question certaines indications prises dans les autopsies des femmes aliénées; mais elles sont très peu explicites et diffèrent, d'autre part, beaucoup entre elles. Ainsi, Keiser[1], sur dix autopsies de femmes aliénées, dont sept mélancoliques et trois maniaques, a trouvé des maladies de l'utérus et de l'ovaire dans sept cas. J.-C. Howard[2], sur cent vingt-sept autopsies, a constaté les affections de l'ovaire et de l'utérus dans vingt-quatre cas, parmi lesquels : tumeurs fibreuses de l'utérus, sept cas; cancer, deux cas; sarcome, un cas; kystes des ligaments larges, trois cas; tumeurs de l'ovaire, quatre cas; hystes de l'ovaire, quatre cas. Hergt[3], au contraire, dit que, d'après ses observations, prises à l'autopsie des aliénées pendant plusieurs années, des lésions sexuelles se trouvaient dans les deux tiers, c'est-à-dire dans 66 p. 100. En ce qui touche les formes observées par ce dernier auteur, elles sont représentées principalement par des anomalies de position de l'utérus et diverses lésions de cet organe et de ses annexes d'origine inflammatoire (métrites et périmétrites). Toutefois, en discutant cette question, Hergt

[1] Keiser. — *Sections-Befund bei Geistes-Kranken. Schmidt's Jahresbücher*, Bd. III, p. 84. (*Würtembergischen Korrespondenz-Blatt*, 1860. N° 40.)

[2] J.-C. Howard. — *Post mortem appearences in insance persones. Journal of mentale science* 1872, p. 93.

[3] Hergt. — *Frauen-Krankheitem und Seelen-Stœhrung.* (*Zeitschrift für Psychiatrie*, 1877, Bd. 27).

ne donne aucun détail ni sur l'âge, ni sur les formes mentales des maladies observées dans les autopsies. D'après mes propres recherches[1] à la Clinique des maladies mentales de mon maître, M. le professeur Mierzejewski, à Saint-Pétersbourg, l'examen gynécologique au spéculum et au toucher de ces malades, parmi lesquelles quarante-deux aliénées et trois hystériques, — de l'âge de dix-neuf à soixante-deux ans, — a donné les résultats suivants : six malades non réglées, de l'âge de quarante-quatre à soixante-deux ans, ne présentaient pas de symptômes de lésions génitales, sauf l'atrophie de l'utérus sénile; quant aux autres malades, au nombre de trente-neuf, diverses altérations sexuelles ont été notées chez trente-cinq. Enfin, pour terminer cet aperçu historique de la question, L. Mayer[2], sur mille vingt-cinq malades gynécologiques, a noté quatre-vingt-dix cas associés à diverses formes d'aliénation mentale plus ou moins prononcées.

En somme, en examinant les données numériques qui précèdent, on voit que la question de la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées est loin d'être résolue définitivement.

Quoi qu'il en soit, si l'on compare les résultats de mes recherches avec ceux des autres auteurs, on reconnaît que la dissidence est très prononcée, surtout s'il s'agit des données de H. Fuke (*loc. cit.*), par exemple, ou de celles de Skene (*loc. cit.*), qui présentent aussi une grande différence entre elles. Quant aux résultats

[1] S. Danillo. — *Sur le rôle de la menstruation dans le cours des maladies mentales. Medesinokaia Biblioteka* 1881. N° 5 (*journal russe*) et *Revue de médecine*, 1882.

[2] L. Mayer, — *Die Beziehunqen der kranhhaften Vorgængen und Justanden in den Sexual-Organen des Weibes, zur Geistes-Stœrungen*, 1870.

des données trouvées à l'autopsie par Howard, Keiser et Hergt, il faut remarquer, sans même tenir compte de la différence des résultats de leurs observations, que leurs données ne peuvent avoir qu'une valeur très relative, attendu que l'autopsie ne peut révéler que des lésions d'un ordre purement anatomique et que les anomalies fonctionnelles qui ne peuvent être observées que pendant la vie, comme des phénomènes d'ovarie, troubles de la menstruation, et aussi les légères formes d'endométrite, de vaginite, etc., doivent nécessairement échapper à l'observation et, par conséquent, atténuer considérablement le véritable chiffre des complications de la folie par les altérations des organes sexuels.

Les recherches cliniques des autres auteurs sur cette question sont très peu nombreuses et très peu explicites.

Les déductions des faits obtenus par mes recherches (*loc. cit.*), ne pouvant également être faites que sous certaines réserves, vu le petit nombre des malades examinées, j'ai résolu d'augmenter le plus possible les investigations au spéculum et au toucher, afin de pouvoir tâcher alors de faire quelques généralisations et d'aborder plus systématiquement la question de la fréquence des affections sexuelles chez la femme dans le cours de la folie. Mes prédécesseurs n'ayant donné dans cette question aucune indication sur la méthode des recherches, j'ai fait les miennes, comme dans mon précédent travail, d'après le plan qui consiste à prendre chez chacune des malades examinées les données suivantes : 1° *âge;* 2° *forme de la maladie mentale;* 3° *état physiologique du système sexuel* (vierge ou non, nombre de couches et de fausses couches); 4° *forme de la mala-*

die sexuelle. Le diagnostic de l'état de la sphère sexuelle a toujours eu lieu au spéculum et au toucher vaginal. La forme de la maladie mentale est définie par l'examen clinique de la malade et les données des feuilles d'observation que j'ai pu avoir à ma disposition, comme les malades elles-mêmes, grâce à la bienveillance de M. Magnan, chef de service à l'asile Sainte-Anne. Le nombre de ces malades est de cent cinquante-cinq. En y ajoutant les quarante-cinq de mon travail antérieur (*loc. cit.*), les résultats actuels de mes recherches sont fondés sur l'observation de deux cents malades; ce qui peut permettre de faire certaines généralisations et déductions.

L'âge des malades était de quinze à soixante-quinze ans. Les malades réglées étaient au nombre de cent quarante, de l'âge de quinze à quarante-deux ans. Celles qui avaient perdu leurs règles étaient âgées de quarante-deux à soixante-quinze ans, au nombre de soixante. Les malades réglées, d'après l'état physiologique de leur sphère sexuelle, se divisaient comme suit : vierges, trente-une; n'ayant pas eu de couches, quarante-une; ayant eu des couches, soixante-huit (dans ce nombre trente-huit étaient primipares et trente multipares). Quant aux malades après la ménopause, il y avait : vierges, deux; n'ayant pas eu de couches, quatre; ayant eu plusieurs couches, quarante-quatre (dans celles-ci, neuf avaient eu de huit à douze couches).

Les formes des maladies mentales dans le groupe des malades réglées étaient représentées comme suit : idiotie, un cas; épilepsie avec troubles mentaux, quinze; hystérie avec aliénation mentale, onze; paralysie générale, quatorze; délire chronique, trente-un; alcoolisme

chronique, deux; démence secondaire, dix; mélancolie, vingt-cinq; délire mélancolique, d'origine puerpuérale, cinq; manie aiguë, dix-huit; manie aiguë puerpuérale, huit.

Les malades après la ménopause se divisaient, d'après la forme d'aliénation mentale, de la façon suivante : démence consécutive, vingt-huit; paralysie générale, dix; mélancolie, dix; délire chronique, neuf; alcoolisme chronique, trois.

Dans le nombre des deux cents malades examinées, on a pu constater diverses lésions de l'appareil générateur chez cent trente-huit. En réduisant ce chiffre à l'expression centésimale, on aurait la complication de la folie en général chez la femme par les maladies sexuelles, à peu près dans 69 p. 100.

Dans le groupe des aliénées en pleine vigueur de leurs fonctions physiologiques sexuelles, les affections gynécologiques étaient représentées comme suit, d'après le degré de leur fréquence : les endométrites diffuses ou alliées aux métrites chroniques du corps de l'utérus ont été trouvées dans quarante cas. Sur ces quarante cas, vingt-deux étaient accompagnées de l'endométrite et métrite cervicale. Dans seize cas, on a pu constater la métrite chronique diffuse du corps, associée dans huit cas à celle du col. Dans douze cas, ces dernières lésions étaient accompagnées d'ulcérations de diverses nature du museau de tanche. Dans huit cas, on constata la métrite diffuse chronique du corps et du col de l'utérus et dans quatre cas la métrite diffuse chronique du corps seulement.

Les désordres de la menstruation en général (c'est-à-dire retard des règles, leur suppression pour un cer-

tain temps ou leur réapparition trop fréquente) ont été notées dans vingt-huit cas. Sur ce point, je crois devoir faire une certaine réserve; car les données sur les désordres de la menstruation n'ont été prises dans le plus grand nombre des cas que sur les indications des malades, qui pouvaient, en raison de leur état psychique particulier, donner un renseignement inexact. Toutefois, le chiffre peut avoir, au moins, sa valeur relative. Les anomalies de la position de l'utérus (flexions et versions nettement prononcées) ont été constatées dans quarante-quatre cas, associées à des endométrites seulement dans trente-huit cas, et aggravées encore par une métrite dans vingt cas. La métrite chronique diffuse à elle seule accompagnait les anomalies de position de l'utérus dans seize cas. Six cas sur onze d'altérations de la position de l'utérus étaient accompagnés de paramétrite, métrite et endométrite chroniques; les cinq autres étaient accompagnés d'une oophorite chronique. Des ruptures du périnée d'origine puerpuérale et de récente provenance ont été constatées dans quatre cas de folie puerpérale. Les vaginites et vulvites catarrhales prononcées ont été trouvées dans onze cas (sept cas de vaginite et quatre de vulvite). Enfin, un cas de folie puerpérale était accompagné d'un kyste de l'ovaire de grandes dimensions; un cas de manie aiguë par un fibrome de l'utérus de la grosseur de la tête d'un homme adulte, et un autre de papillomes disposées à l'orifice uréthral, accompagné encore de vulvite catarrhale; l'hyperesthésie de la région ovarienne, sans lésion appréciable au toucher, a été notée dans huit cas (six fois à droite et deux fois à gauche).

Chez les malades, après la ménopause, à l'exception

de l'atrophie de l'utérus sénile, ont été notés : six cas de métrite chronique diffuse; trois cas d'anciennes ruptures du périnée; neuf cas d'endométrite dite sénile.

Si l'on examine le degré de fréquence des affections sexuelles chez les aliénées accompagnant les différentes formes d'aliénation mentale, en prenant les chiffres à peu près égaux, on voit qu'il ne paraît pas y avoir une tendance plus prononcée chez les aliénées à être affectées des organes génitaux plutôt dans une forme de maladie mentale que dans une autre.

Ainsi, dans quarante cas de mélancolie, dont cinq d'origine puerpérale, on la trouve trente-deux fois associée à diverses formes gynécologiques (comme métrite chronique et endométrite du corps et du col de l'utérus, avec ou sans anomalies de menstruation). Dans le délire chronique, sur quarante cas, trente-quatre sont aussi compliqués par des lésions sexuelles du même caractère que chez les mélancoliques. Les maniaques et les paralytiques générales présentent presque également le même rapport. Sur vingt-six cas de manie aiguë, dont huit d'origine puerpérale, on en trouve dix-huit avec désordres sexuels, et sur vingt-quatre cas de paralysie générale, vingt avec les mêmes altérations. Au contraire, la démence, sur trente-huit cas, n'en présente que douze, compliquées avec des maladies sexuelles. Cette différence, il est vrai, tient certainement à cela que, sur trente-huit cas de démence, dix malades seulement étaient encore avant l'âge critique, tandis que les vingt-huit autres l'avaient passé.

Sur onze hystériques, dix présentaient diverses maladies sexuelles, comme métrite, endométrite, anomalies de menstruation; des symptômes d'ovarie ont aussi

été notés dans huit cas (six fois à droite, deux fois à gauche).

En examinant la complication de la folie par les maladies sexuelles d'après l'âge, on voit qu'avant la ménopause, de quinze à quarante-deux ans, sur cent quarante malades, on a pu constater chez cent vingt diverses anomalies de l'appareil générateur, soit anatomiques, soit fonctionnelles ; tandis que, sur soixante aliénées après le retour d'âge, de quarante-deux à soixante-quinze ans, on les trouve seulement dans dix-huit cas.

En réduisant pour les deux groupes des aliénées (réglées et non réglées), les données numériques de la fréquence des maladies sexuelles à l'expression centésimale, on trouverait qu'avant le retour d'âge, la folie est compliquée par les troubles génitaux dans 84 p. 100 à peu près. Après la ménopause, au contraire, le degré de la fréquence de ces complications baisse rapidement et ne donne qu'environ 28 p. 100 sur le chiffre total. Bien qu'on puisse objecter que les chiffres des malades des deux catégories diffèrent considérablement entre eux et que, par conséquent, la comparaison ne peut être parfaitement exacte, je crois que les résultats d'examens gynécologiques des malades après la ménopause étaient tellement uniformes dans la majorité des cas, qu'on peut accepter le chiffre de soixante malades sans crainte de commettre une erreur grave. D'un autre côté, si l'on veut comparer le résultat des recherches, en prenant à peu près le même nombre de malades et les mêmes formes mentales avant la ménopause, on trouve la complication non pas seulement dix-huit fois sur soixante, comme chez les aliénées non réglées,

mais quarante-deux fois sur cinquante-six, c'est-à-dire que la démence, sur dix cas avant la ménopause, se trouve compliquée de maladies sexuelles quatre fois, tandis qu'après la ménopause, sur vingt-huit cas, on n'en trouve que huit. Quant à la paralysie générale, sur quatorze cas avant la ménopause, elle donne le même nombre de complications (quatorze), tandis qu'après la ménopause, sur dix cas, on n'en trouve que six associées aux diverses lésions génitales. Enfin, sur vingt-cinq cas de mélancolie (les formes puerpérales excluses) avant la ménopause, vingt-quatre sont compliqués par des lésions génitales, tandis que les dix autres cas après le retour d'âge ne donnent que cinq complications.

L'influence de l'époque de la vie sexuelle reste, par conséquent, un fait acquis.

En ce qui regarde les complications de la folie par les formes des maladies sexuelles accompagnant différents états physiologiques de la sphère sexuelle des aliénées, on voit que, sur le nombre total de deux cents malades (trente-trois vierges, cinquante-cinq femmes qui n'ont pas eu de couches et cent douze qui en ont eu (de une jusqu'à douze), quarante-deux sur quatre-vingt-huit malades des deux premiers groupes, ont des lésions de l'appareil générateur, qui se présentent principalement sous la forme de troubles de la menstruation, de symptômes d'ovarie et de formes peu graves d'endométrite, de vaginite, etc. Au contraire, dans le groupe des femmes qui ont eu des couches, les formes gynécologiques deviennent beaucoup plus sérieuses, et l'on voit apparaître, en même temps, une prédominance marquée de lésions plus compliquées. Ainsi, les

métrites sont souvent associées à diverses autres affections, comme endométrites, paramétrites, ruptures du périnée et altérations de la position de l'utérus. Sur cent douze aliénées de cette catégorie, les lésions génitales se trouvent notées dans quatre-vingt-seize cas, et l'on observe cette prédominance chez les malades après la ménopause. En effet, sur seize aliénées de la même catégorie qui n'ont pas eu de couches, on rencontre les affections génitales dans trois cas, tandis que sur quarante-quatre autres qui en ont eu une ou plusieurs, les lésions sexuelles sont constatées quinze fois, et c'est chez celles qui ont eu plusieurs couches (de huit à douze) qu'on voit les lésions sexuelles les plus prononcées. Je dis les plus prononcées; car chez ces neuf malades on a pu observer diverses lésions graves (ruptures du périnée, métrite chronique avec endométrite, etc.), d'une provenance évidemment puerpérale.

Il en résulte donc que les couches et leurs conséquences, de même que les autres conditions de la vie sexuelle chez la femme, influent d'une façon manifeste sur la complication de la folie par les maladies sexuelles.

En résumé, les résultats de mes recherches me paraissent être les suivants :

La complication de la folie par les maladies sexuelles chez la femme doit être regardée comme très fréquente pendant la persistance des fonctions physiologiques sexuelles. Après la ménopause, cette complication devient beaucoup plus rare. La grossesse et les couches influent considérablement sur le degré de fréquence des maladies sexuelles, comme avant la ménopause et après la cessation des règles.

Quant à l'influence des maladies sexuelles chez la femme, sur la folie déjà existante, est-elle correspondante à leur degré de fréquence ou non?

Si l'on veut bien se rappeler ce fait admis de la relation anatomique et physiologique qui est si intime entre l'appareil nerveux des organes génitaux chez la femme et le système nerveux central, on reconnaîtra que toute irritation périphérique émanant des organes affectés, réagira fatalement sur l'encéphale, dont les fonctions se trouvent déjà altérées par la folie. D'autre part, si l'on se souvient que la physiologie expérimentale a prouvé, dans ces derniers temps, que les irritations périphériques, très faibles, augmentent considérablement l'excitabilité de la couche corticale du cerveau, on sera nécessairement conduit à admettre sur les fonctions du cerveau une influence sérieuse de l'irritation périphérique causée par les affections sexuelles, même peu prononcées, affections qui doivent toujours produire un effet irritant par addition lente mais continue.

En effet, la loi des causes infinitésimales émise par Maupertuis au XVIIIe siècle, dit que la nature arrive à certains résultats très prononcés par une série de causes très minimes et peu appréciables à elles seules. Aussi, là où il s'agit d'appréciation de phénomènes aussi compliqués que ceux de la folie, faut-il d'abord examiner en détail toutes les causes, si minimes qu'elles paraissent. Or, c'est précisément dans cette série de causes, qui s'enchaînent mutuellement, c'est-à-dire les irritations périphériques dues à des lésions sexuelles, même peu graves en apparence, à la longue et dans certaines conditions spéciales, comme hérédité morbide

et autres causes prédisposantes, qu'elles peuvent influer sérieusement sur l'évolution de la folie et sur son apparition; de sorte que, pour le plus grand nombre des cas de folie chez la femme avant le retour d'âge, la complication de l'aliénation mentale par les maladies sexuelles est un fait qui se rencontre plus souvent qu'on ne le croit, en général, et que cette complication a sa gravité dans la fréquence même et dans le rôle important des organes affectés.

En terminant mon travail, je remercie M. le professeur Charcot et M. Magnan de leur aimable accueil et de la gracieuseté qu'ils ont mise à me permettre d'étudier les malades de la Salpêtrière et de l'asile Sainte-Anne (*asile clinique*).

RECHERCHES CLINIQUES SUR LA FOLIE AVEC CONSCIENCE;

Par le Dr E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille.

L'expression « *folie avec conscience* » est une des plus vagues de la pathologie mentale. La faute, pourtant, n'en est pas aux aliénistes ; ce sont les psychologues qui ont rendu la confusion inévitable par l'abus qu'ils ont fait du mot *conscience*. Aussi est-il indispensable, pour être compris de s'entendre sur ses divers sens et de bien spécifier celui dans lequel on l'emploie.

Ce mot n'a pas moins de cinq significations très différentes les unes des autres. La première, la plus populaire, est du domaine de la morale ; elle s'applique

à cette voix intérieure qui parle à tous, ignorants ou savants, petits ou grands, riches ou pauvres, pour condamner ou absoudre. La seconde a d'intimes et profondes relations avec la précédente, c'est la conscience religieuse. Elle s'en distingue pourtant, et j'en veux pour preuve les luttes qui parfois les divisent. N'y a-t-il pas des religions qui ordonnent ou excusent des choses sévèrement proscrites par leur rivale? Si ce mot a une signification particulière en morale et en théodicée, il en a une aussi en métaphysique et deux en psychologie. En métaphysique, il s'applique à certaines vérités de sens commun, universellement répandues, comme le sentiment de l'existence. En psychologie, il représente tout d'abord ce je ne sais quoi, guère susceptible de définition à mon avis, par lequel nous nous sentons malheureusement souffrir, mais aussi heureusement penser et jouir. Il a enfin une dernière signification : il désigne par abréviation la *conscience réfléchie*, celle qui se replie sur elle-même, qui s'étudie, qui cherche à comprendre et à expliquer les phénomènes qu'elle reflète. Si on se souvient de la discussion à la *Société médico-psychologique* en 1875 et si on n'a pas oublié comment elle s'est clôturée, on comprendra le soin que je prends, dès le début de ces recherches, de montrer le mot *conscience* dans ses diverses acceptions.

Le médecin ou le psychologue désireux d'étudier dans tous leurs détails les états de conscience dans la folie devrait donc, pour se conformer aux sens du mot et à la réalité des choses, rechercher ce que deviennent chez l'aliéné la conscience morale, la conscience religieuse, la conscience métaphysique, la conscience psychique, la

conscience réfléchie. Ce n'est pas ce gigantesque travail d'ensemble que nous avons entrepris. Aux grands maîtres à remplir ce grand cadre, à nous le seul souci et la seule ambition de borner nos recherches à un point particulier, d'apporter quelques faits susceptibles, s'ils ont été bien observés, de n'être pas sans quelque utilité pour l'étude de la *conscience réfléchie* dans la folie. En nous enfermant dans ces étroites limites, nous nous conformons d'ailleurs au titre donné à ce travail, car, en pathologie mentale, les mots *folie avec conscience* s'appliquent aux seuls malades qui *réfléchissent sur les troubles sensoriels et psychiques dont ils sont frappés et qui, les analysant, en reconnaissent le caractère morbide.* Ceux qui nous feront l'honneur de nous lire, voudront bien, pour nous comprendre et partant nous juger en connaissance de cause, se rappeler dans quel sens nous employons les mots *conscience* et *folie avec conscience.*

Ce travail ne sera ni une œuvre d'érudition, ni une œuvre de théorie. Je n'ai pas plus la prétention de retracer l'historique des travaux publiés jusqu'à ce jour sur la folie avec conscience que celle d'interpréter ce point curieux de pathologie mentale. Je me bornerai à relater quarante observations personnelles et à les faire suivre ou précéder des réflexions cliniques qu'elles inspirent. Je n'ignore sans doute pas les grands progrès accomplis à notre époque en psychologie, je sais combien les travaux de l'école allemande et de l'école anglaise ont jeté de lumière sur la vie consciente et sur la vie inconsciente de l'esprit, je crois même qu'il serait peut-être possible aujourd'hui de tenter une généralisation et de formuler une théorie

scientifique des états de conscience dans la folie, mais je ne veux pas pour le moment me livrer à de si hautes études. Dans les discussions qui ont eu lieu à la *Société médico-psychologique* en 1869 et en 1875, tandis que presque tous les orateurs s'acharnaient à discuter sur les facultés, la volonté et le libre arbitre, le jugement et la raison, en vain les esprits pratiques demandaient des faits, beaucoup de faits. Seuls, Morel et M. Billod sont restés cliniciens. A leur exemple, qu'il me soit permis à mon tour d'apporter des faits et de réserver pour l'avenir les considérations théoriques.

La folie n'est pas une de ces maladies soudaines, accidentelles et passagères auxquelles chacun est exposé à payer tribut. Elle prend racine dans les profondeurs mêmes de l'organisation cérébrale. Quand elle fait son apparition, le plus souvent, elle a été préparée de longue date par toute une série de générations et elle est l'expression d'une dégénérescence de l'espèce (Morel). La maladie, au lieu d'avoir son origine dans l'abâtardissement de la famille, naît-elle des excès ou des misères du patient, ici encore pour se développer, elle nécessite un terrain cérébral longtemps et profondément remué, car il est faux que chaque homme ait un grain de folie tout prêt à germer. Ainsi, que la folie soit héréditaire ou acquise elle n'est pas l'œuvre d'un jour; or, cette chronicité des causes entraîne la chronicité de l'invasion. L'aliénation, en effet, ne surprend pas comme un voleur de nuit; elle signale son approche, son arrivée par des signes variés. Il résulte de cette étiologie et de ce mode de début un état ordinaire de conscience, à la naissance des vésanies. Les malades se sentent devenir fous. Ils ont la notion claire d'un

bouleversement de leur esprit. Ils voient leur caractère s'aigrir, leur sensibilité et leurs instincts se pervertir, en même temps leurs facultés intellectuelles s'obscurcir. Ils s'aperçoivent qu'ils n'ont plus les mêmes aptitudes ni la même ardeur au travail. Ils rapprochent ces modifications psychiques des maux de tête et des insomnies dont ils souffrent, et ils en concluent qu'ils sont sur la pente de la folie. Dans la forme sensorielle elle-même, les hallucinations n'apparaissent pas tout d'abord avec la netteté de l'état confirmé. Ce sont des bruits vagues, des chuchotements confus, des ombres qui intriguent le malade; puis les voix et les visions deviennent plus distinctes, prennent corps et le patient effrayé, s'interroge, se demande s'il n'est pas le jouet de son imagination en délire. Au début, les états d'excitation et de dépression viennent aussi se refléter dans le sens interne. Les patients comprennent que leur intellect s'engourdit ou s'exalte et sentent qu'ils sont impuissants à réagir contre le mal qui les enlace ou les agite. Puis la maladie progresse et la conscience disparaît.

Si telle est l'évolution ordinaire, est-ce à dire que jamais la folie n'a une éclosion soudaine et inconsciente? Certainement non. Aux yeux du monde ce début est même le plus ordinaire; aux yeux de l'aliéniste, il ne saurait en être ainsi. L'éclosion subite, incontestable, sans doute, est toutefois pour lui l'exception, la grande exception; elle ne se rencontre guère que dans quelques cas de manie liée à l'hérédité. Interrogez les malades après leur guérison, ils vous apprendront presque tous, sinon tous, que pendant longtemps le feu a couvé sous la cendre, qu'ils ont

lutté, dissimulé le plus possible, et que la maladie n'a apparu au dehors qu'après avoir vaincu leur résistance. Ainsi, en réalité, c'est précisément cet état de conscience à la naissance des vésanies, état de conscience permettant la lutte et la dissimulation qui, masquant l'évolution lente de la maladie, simule une brusque apparition.

Ce que nous venons de dire des folies vésaniques s'applique aussi dans beaucoup de cas aux folies paralytiques, à celles surtout improprement nommées paralysie générale sans délire et qui psychiquement se caractérisent par les symptômes de la démence. Pendant une assez longue période, ces infortunés ont la perception de leur état physique et intellectuel pour lequel ils vont souvent consulter les médecins. Il y a un second groupe de paralytiques chez lesquels l'état de conscience au début est un fait constant. La forme expansive est toujours précédée, comme l'a établi M. Doutrebente dans sa thèse, d'une période mélancolique. Or, tandis que les malades n'apprécient point leur exaltation cérébrale, dans le stade précédent ils ont la notion claire de leur état dépressif. Il est enfin un troisième mode de début de cette affection qui peut offrir la même particularité, c'est la forme congestive d'emblée. Si la poussée sanguine du côté du cerveau est assez violente pour amener l'ictus apoplectique, la conscience fait défaut, car en revenant à la vie le malade est sous le coup de troubles d'une acuité telle que toute appréciation de son état lui est d'ordinaire impossible. Mais il est une autre variété de congestion cérébrale, la plus habituelle même, qui se manifeste par de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'anxiété, un besoin

violent de mouvement, et qui souvent laisse la conscience intacte, même pendant un temps assez long, comme le prouve le fait suivant :

Observation I. — *Hérédité congestive. — Paralysie générale progressive à la première période, datant de deux ans. — Conscience des troubles psychiques et physiques. — Idées de suicide.*

Mme Adèle C..., quarante-quatre ans, mariée, sans profession, instruction secondaire, entrée à l'asile de Marseille le 12 octobre 1881. La mère est morte à cinquante-six ans d'une attaque d'apoplexie. Réglée à quatorze ans, la malade a toujours été régulièrement menstruée. Mariée à vingt-quatre ans, elle a eu quatre enfants, deux sont morts en bas âge, l'un de la coqueluche, l'autre d'une fièvre cérébrale. Les troubles intellectuels datent de deux ans. Mme C... a la conscience très nette de son état; elle est dominée par une frayeur, une anxiété non motivée qu'elle est impuissante à surmonter. Insomnie persistante; souvent, la nuit Mme C... est forcée de se lever, de courir dans sa chambre et de pousser des cris. Désolée d'un tel état, de ne pouvoir surtout surmonter ses craintes jugées chimériques et morbides, cette dame a tenté de se suicider. Au point de vue physique, elle a des maux de tête violents, de l'insomnie, du tremblement des mains, du tremblement fibrillaire des muscles de la face et de l'embarras de la parole. Ces désordres physiques sont appréciés. La malade les rapproche de ses troubles psychiques et en conclut à un ramollissement cérébral. Elle consentirait volontiers, dit-elle, à souffrir du corps la journée, si la nuit elle pouvait dormir un peu et se débarrasser de ces frayeurs ridicules qui l'agitent en dépit d'elle. N'ayant pu se tuer grâce à la surveillance exercée par sa famille, Mme C... est venue d'elle-même à l'asile dans le but de se guérir et ne plus incommoder les voisins par ses cris. Cette dame est restée trois mois dans mon service; durant ce laps de temps elle a eu du côté de la tête deux poussées congestives assez fortes : la langue s'embarrassait alors davantage, les jambes refusaient leur service, tandis que l'anxiété grandissait et que la conscience restait toujours lucide. Les sentiments affectifs étaient bien bien conservés, Mme C... réclamait souvent

ses enfants et son mari dont la conduite pourtant était loin d'être un modèle. Le bromure de potassium à hautes poses a procuré un peu d'amélioration. Au bout de trois mois, la malade n'a plus voulu demeurer parmi nous et, malgré mes conseils, le mari a cédé à ses prières. A mon avis, Mme C... a quitté l'établissement, où on ne la perdait pas de vue, pour se tuer dehors et pour se tuer en connaissance de cause, non en aliénée, entraînée par une impulsion irrésistible ou des conceptions délirantes, mais en femme consciente de sa personnalité psychique et physique, et préférant la mort à de telles tortures morales.

Après une période de début plus ou moins longue, la folie progresse et passe à sa période d'état. D'ordinaire la conscience est vaincue à ce moment; les malades ont une confiance absolue dans leurs hallucinations, ne se doutent point des troubles de leur intellect et cèdent avec conviction à tous les mouvements désordonnés de leur esprit malade. Il n'en est pas toujours ainsi : quelquefois la conscience, en dépit de la violence du mal, conserve tout son contrôle, permet à l'esprit de se reconnaître au milieu même de ses plus grands écarts et ne s'éclipse jamais. Ces cas-là relativement rares, qui sont plus particulièrement l'objet de ce travail, seront étudiés bientôt dans tous leurs détails. D'autres fois, il y a durant la période d'état comme des éclaircies de raison ; la conscience se fixe durant quelques instants, quelques heures ; le malade alors réfléchit sur ce qu'il éprouve, se sent aliéné, déplore son malheur, puis est de nouveau entraîné dans le tourbillon vésanique. Ces manifestations fugitives du sens intime se rencontrent surtout dans la manie aiguë où elles sont d'un pronostic heureux et annoncent le retour prochain de la raison, quand elles augmentent en nombre et en durée. Plus

rares dans les délires dépressifs aigus, quoiqu'encore possibles, ils ne paraissent pas se montrer dans les délires partiels, du moins je n'ai pas eu occasion de les observer. Chez l'aliéné qui a basé sur ses troubles sensoriels une systématisation délirante, le retour de la conscience n'équivaudrait-il pas à la guérison?

A ce point de vue la folie paralytique se rapproche de la folie vésanique. Il n'est pas rare, écrivait dernièrement M. Dagonet, de voir chez des malades atteints de paralysie générale des lueurs de conscience et, à certains moments, l'appréciation de la maladie dont ils sont affectés. Il semble alors, ajoute-t-il, que les poussées congestives qui sont une des complications de la paralysie générale diminuent à certains moments, de manière à permettre à la conscience de se manifester d'une façon plus ou moins intermittente. Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait est exact et les deux observations qui suivent en sont une nouvelle preuve.

OBSERVATION II. — *Hérédité congestive. — Excès de travail. — Paralysie générale progressant sans rémission depuis six mois. — Conscience nette durant quelques heures des troubles physiques et psychiques y compris le délire des grandeurs.*

M. X..., quarante-huit ans, ingénieur, marié, entré comme pensionnaire à l'asile de Toulouse en mai 1879. Herédité congestive, excès de travail, telles sont les causes de la maladie. A l'admission tous les symptômes physiques et psychiques de la paralysie générale progressive à forme expansive, au premier degré. Durant six mois la maladie évolue sans la moindre lueur de raison; les symptômes s'aggravent tant du côté de l'esprit que du côté du corps. M. X.... reçoit la visite d'un de ses amis, visite qui sur le moment paraît l'impressionner beaucoup. Le lendemain matin nous trouvons le malade avec la conscience nette de sa situation. Non seulement il se rend un compte exact de ses troubles paralytiques, tels que tremblement des

mains, embarras de la parole, non seulement il apprécie la déchéance de ses facultés intellectuelles et morales, mais, particularité curieuse, il juge sainement son délire expansif des grandeurs. Il dit avoir la tête remplie d'idées de millions et de milliards, la nuit voir en rêve des montagnes d'or et des fleuves de pierres précieuses et que c'est trop absurde pour y croire. Vivement affecté de son état, il priait en grâce de le guérir. Le soir toute conscience avait disparu et la maladie reprenait son cours.

Observation III. — *Habitudes alcooliques liées à la ménopause. — Paralysie générale avec dipsomanie et kleptomanie. — Rémission incomplète après dix-huit mois. — Inconscience à l'asile; conscience au dehors de l'affaiblissement intellectuel. — Idées de suicide. — Retour des accidents paralytiques. — Inconscience absolue depuis deux ans.*

Lydie B..., cinquante-trois ans, mariée, sans profession, instruction supérieure, entrée comme pensionnaire à l'asile de Marseille le 3 février 1880. Pas d'hérédité au dire de la famille. La malade a toujours joui d'une bonne santé et jusqu'au retour d'âge, qui remonte à six ans, elle avait tenu une conduite régulière. Avec la ménopause s'est montré le goût des liqueurs fortes, goût qui s'est accru par la suite. La paralysie générale a débuté en janvier 1879 par une violente congestion cérébrale. Depuis lors marche progressive des accidents. Les habitudes alcooliques sont devenues effrénées et des impulsions au vol ont apparu. Dans l'établissement, jusqu'au mois d'avril, la maladie resta stationnaire. La dipsomanie et la kleptomanie exigeaient, au moment des repas, une surveillance continue. Avec le printemps, une rémission incomplète se produisit. Les troubles physiques s'amendèrent considérablement, les tendances au vol et aux liqueurs fortes disparurent, seule l'intelligence resta très affaiblie. L'inconscience était absolue. L'amélioration s'étant encore accentuée, Mme B... fut retirée par sa famille. De retour chez elle, elle voulut reprendre ses occupations, s'occuper de ses affaires. Elle en fut incapable et se reconnut telle. Elle s'apercut qu'elle n'avait plus de mémoire, plus de suite dans les idées et elle eut la conscience nette de sa déchéance intellectuelle. A l'asile, où soumise à un régime et à une discipline, elle ne prenait souci de rien, la conscience était

restée endormie; mais elle se réveilla dès que la malade fut aux prises avec les exigences de la vie libre. Mme B... fut vivement affectée de sa découverte; à peine un mois s'était-il écoulé que son chagrin devenait du désespoir. Elle préféra la mort à une telle décadence et fit des tentatives de suicide. Trop surveillée pour arriver à son but, elle se retourna vers l'alcool. La dipsomanie reparut et avec elle arrivèrent des hallucinations terrifiantes de l'ouïe. La conscience, un moment indécise au début des perversions sensorielles, sombra; la malade refusa de manger de peur d'être empoisonnée. On la reconduisit dans mon service, conseil que j'avais donné dès la première tentative de suicide. Depuis deux ans que Mme B... a été confiée pour la seconde fois à mes soins, l'affection paralytique n'a plus offert de rémission, et l'inconscience a été absolue.

Par contre, les états de conscience sont rares à la terminaison des vésanies par guérison, sauf peut-être pour la manie aiguë. Quand, dans le cours d'une lypémanie simple ou d'une folie sensorielle, la bonne foi du malade a été complètement surprise, la conscience ne devance qu'à titre exceptionnel le retour complet à la raison. Moins tristes, moins tourmentés, ces aliénés en voie d'amélioration renaissent à la vie extérieure, s'occupent, réclament leur famille, mais ils subissent encore l'action du mal tout affaibli qu'il est et sans se douter de sa nature. La lutte contre la folie que nous avons vue pour ainsi dire caractéristique de la période de début ne se retrouve plus ici. Entre ces deux stades des affections mentales existe donc, à ce point de vue, une différence radicale.

Il est des cas, avons-nous dit plus haut, où la conscience, en dépit de la violence du mal, conserve tout son contrôle, permet à l'esprit de se reconnaître au milieu même de ses plus grands désordres et ne s'éclipse jamais. Ce sont ces cas qui doivent désormais nous occuper.

Tout d'abord, dirons-nous, il y a quatre variétés de folie qui s'accompagnent constamment de conscience, ce sont : l'hypochondrie morale de Falret, l'agoraphobie ou peur des espaces, la folie du doute avec délire du toucher et les folies impulsives. La caractéristique de ces aliénations mentales n'est pas, comme le croit M. Ritti, la présence de la conscience liée à l'irrésistibilité des actes, des sentiments ou des conceptions délirantes, car nous aurons tout à l'heure à faire connaître de nombreux cas de folie qui présentent ce double caractère et qui incontestablement ne se classent pas parmi elles. Ce qui les individualise et en forme un groupe à part, c'est la présence constante, indispensable de la conscience. Sans elle, elles n'existeraient pas, particularité qui ne se retrouve point pour les autres formes. Ces folies, contrairement à la célèbre définition de M. Baillarger, sont des infortunes qui se connaissent toujours. Ainsi, en aliénation mentale, tantôt la conscience est un *élément constitutif*, tantôt un *élément surajouté*, et c'est là, à mon avis, une distinction capitale sur laquelle j'appelle toute l'attention.

Entre ces deux groupes à conscience constitutive et à conscience surajoutée, existe toutefois un lien curieux d'étiologie, qu'il importe tout de suite de signaler : les aliénés conscients, quels qu'ils soient, sont des héréditaires et appartiennent pour le plus grand nombre aux classes aisées et instruites de la société. Le fait est accepté de tous les aliénistes pour les quatre formes où la conscience est un élément constitutif. Mes observations prouveraient qu'il en est de même, quand elle est un élément surajouté. Sur trente-quatre cas de ce

genre, vingt-sept fois l'hérédité a été constatée et les malades se répartissaient comme il suit : indigents, onze; pensionnaires, douze; clients instruits et aisés, onze; soit onze indigents pour vingt-trois malades appartenant aux classes riches et instruites. Cette statistique, quoique restreinte, acquiert une certaine valeur si on tient compte que, médecin en chef d'un grand service de près de cinq cents femmes indigentes, j'ai eu sous les yeux beaucoup plus de celles-ci que de celles-là. Parmi toutes ces infortunées de la classe pauvre et ignorante, en avoir trouvé si peu qui eussent connaissance de leur état, n'est-ce pas la preuve que dans cette catégorie l'inconscience est presque générale? De plus, jusqu'à ce jour, sauf chez une femme, il ne m'a pas été donné de voir l'état que nous étudions chez les personnes à instruction nulle. L'exception signalée prouve sans doute que savoir lire et écrire n'est pas indispensable pour apprécier ses perturbations mentales, mais l'intelligence est souvent indépendante de l'instruction, et il ne ressort pas moins de cette petite statistique que la conservation de la conscience dans la folie se rencontre de préférence chez ceux dont l'intelligence a été cultivée. Une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion se trouve dans la catégorie des héréditaires qui restent conscients. Il résulte des recherches de M. Krafft-Ebing que les prédisposés se divisent en trois classes. La première comprend les cas de prédisposition latente. Rien, ni au point de vue physique, ni au point de vue intellectuel et moral ne trahit la tare vésanique. Dans la seconde se placent les héréditaires qui, avant le début de l'aliénation, ont présenté des accidents névropathiques ou des anomalies intellec-

tuelles. Enfin, dans la troisième, se trouvent les dégénérés de corps et d'esprit. Eh bien! c'est dans le premier groupe que se recrutent presque toujours les aliénés conscients. Dans mes observations prises en général, sur quarante malades, dix seulement dans leur jeunesse avaient présenté des accidents névropathiques ou des anomalies intellectuelles, et trente-deux fois l'hérédité pourtant a été bien constatée.

Vigueur intellectuelle et hérédité vésanique sont donc des conditions connexes qui favorisent la conservation de la conscience. En ce qui concerne l'intelligence, il est facile de comprendre son rôle. Au début de ce travail, j'ai eu soin de spécifier que le mot conscience est employé ici dans son acception réfléchie : il signifie la conscience qui se replie sur elle-même, qui s'étudie, cherche à comprendre et à expliquer les phénomènes qu'elle reflète. Cette conscience n'est pas celle du vulgaire, c'est surtout la conscience du penseur, de ceux habitués à scruter le pourquoi des choses et pour se conserver au milieu des plus graves perturbations psychiques, elle a le plus souvent besoin d'avoir été fortifiée par l'étude et l'observation. Voilà pourquoi, d'après mes recherches, les aliénés conscients se recruteraient dans la proportion de 67,6 p. 100 parmi l'élite de la société.

(A suivre.)

RECUEIL DE FAITS

DESCRIPTION DE QUELQUES PIÈCES RELATIVES AUX LÉSIONS OSSEUSES ET ARTICULAIRES DES ATAXIQUES,

CONSERVÉES AU MUSÉE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA SALPÊTRIÈRE ;

Par Ch. FÉRÉ.

Depuis que M. Charcot a appelé l'attention sur les affections articulaires et osseuses développées chez les ataxiques, un grand nombre de pièces de ce genre ont été recueillies à l'hospice de la Salpêtrière. Plusieurs d'entre elles ont été déposées par M. Charcot au musée Dupuytren, d'autres dans des musées de l'étranger, notamment au musée Huntérien et au musée de l'hôpital Saint-Thomas de Londres, au musée de Manchester, d'autres ont été égarées. Les spécimens actuellement conservés au musée de la Salpêtrière proviennent de huit sujets, et elles ont été réunies depuis 1876.

Les pièces provenant d'une nommée C... ont été décrites par M. Charcot[1]. (Nos 7 et 8.)

Une autre pièce, une arthropathie du coude, qui a été donnée au musée par M. Alph. Robert, est décrite en détail dans les bulletins de la Société anatomique[2], nous n'y reviendrons pas. (N° 9.)

Nous nous arrêterons seulement sur les préparations qui n'ont jamais été le sujet d'aucune description en règle.

I. La plus remarquable est le squelette de la nommée B..., que M. Charcot a présenté avec le moule en cire de la malade au Congrès de Londres[3] en 1881. C'est la première fois que le

[1] J.-M. Charcot. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, 3e édit., 1880, p. 305.

[2] Alph. Robert. — *Bull. Soc. anat.*, 1878, p. 512.

[3] *A Report on the Congress Museum*, p. 20.

squelette entier d'un ataxique a été examiné complètement; et l'épreuve n'est pas sans intérêt, car elle a permis de découvrir plusieurs lésions ignorées pendant la vie, ce qui permet de supposer que les lésions osseuses des ataxiques sont encore plus fréquentes que les faits publiés semblent l'indiquer. (N° 10.)

Ce squelette présente des arthropathies temporo-maxillaires scapulo-humérales, coxo-fémorales, fémoro-tibiales, et en outre une fracture de l'os iliaque droit et du péroné gauche. Ces deux dernières lésions avaient passé inaperçues sur le vivant.

1° *Articulations temporo-maxillaires.* — *Cavité articulaire du temporal droit.* La partie de la cavité glénoïde située en avant de la fissure de Glaser est plus que doublée d'étendue par l'usure de la racine transverse de l'apophyse zygomatique. Cette surface articulaire de nouvelle formation, qui est assez régulière à distance, présente, à la considérer de près, un aspect spongieux.

Cavité articulaire du temporal gauche. — La racine transverse de l'apophyse zygomatique est très légèrement usée à sa partie postéro-inférieure. La *mâchoire supérieure* est absolument dépourvue de dents et l'arcade alvéolaire à peu près complètement effacée.

Maxillaire inférieur (Fig. 3). — Le *condyle droit* est tellement usé que sa partie la plus élevée arrive presque au niveau du fond de l'échancrure coronoïdienne, ou plutôt on peut dire que le condyle a complètement disparu et que la surface articulaire actuelle est constituée par le col du condyle légèrement renflé à son extrémité. Cette surface est d'ailleurs rugueuse et ne présentait à l'état frais aucune trace de fibro-cartilage. Le *condyle gauche* est seulement un peu usé à sa partie postérieure.



Fig. 3. — Maxillaire inférieur avec usure du condyle droit.

Il semble que ce soit le premier fait qui ait été observé jusqu'ici d'arthropathie de l'articulation temporo-maxillaire. Nous ne connaissons point d'autre exemple de lésions de la base du crâne chez les ataxiques. Le maxillaire inférieur a aussi rarement été trouvé atteint. Toutefois M. Vallin[1] a signalé l'expulsion des dents et l'élimination du bord alvéolaire, et M. P. Olivier (de Rouen) a observé une fracture spontanée du maxillaire inférieur chez un ataxique[2].

[1] Vallin. — *Des altérations trophiques des os maxillaires dans l'ataxie locomotrice.* (*Union médicale*, novembre 1879.)

[2] Ancelin. — *Considérations sur les fractures spontanées dans l'ataxie locomotrice.* Thèse de Paris, 1881, p. 38.

2° *Epaule gauche* (*Fig.* 4). — A. *Omoplate.* La surface articulaire, la cavité glénoïde et le col ont complètement disparu. A leur place, on ne voit plus qu'un prolongement du bord axillaire de l'omoplate, se terminant par une épine verticale qui n'est autre que l'apophyse coracoïde dont le crochet a disparu. Cette espèce d'épine est lisse, quoique un peu irrégulière.

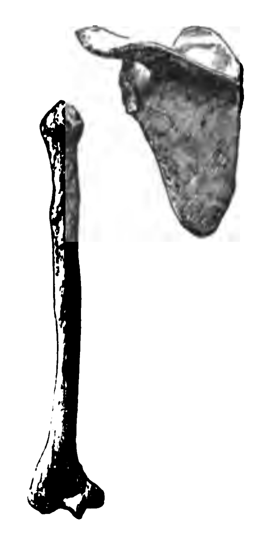


Fig. 4. — Épaule gauche, usure de la tête de l'humérus et de la cavité glénoïde de l'omoplate.

B. *Humérus.* L'extrémité supérieure de l'os ne constitue plus qu'une saillie conique où on ne reconnaît plus ni surface articulaire, ni tubérosités. Ces dernières ne sont pas complètement détruites, mais ne sont plus représentées que par des mamelons à peine saillants. La face externe a conservé à peu près l'aspect du tissu osseux normal, tandis qu'en dedans, à l'endroit où existait autrefois le col, on trouve une surface rugueuse, d'aspect spongieux. La tête humérale était luxée en avant et faisait saillie sous la peau comme on le voit dans la figure 5.

L'extrémité inférieure de cet os est saine; on y remarque seulement une perforation qui fait communiquer la cavité olécrânienne avec la cavité coronoïdienne; c'est là une disposition fréquente chez la femme.

3° *Epaule droite.* — A. *Omoplate.* La cavité glénoïde est complètement effacée. Le col et la surface articulaire sont tellement amincis d'arrière en avant que cette partie de l'os n'a pas plus d'un centimètre d'épaisseur. Il reste seulement à la partie inférieure de ce moignon une surface d'un centimètre carré environ, encore encroûtée de cartilage. La partie antérieure du col ne présente aucune altération appréciable; c'est aux dépens de la face postérieure que s'est faite l'usure. Cette partie postérieure, aplatie et déformée, est irrégulièrement anfractueuse, spongieuse, percée d'un grand nombre de petits trous. L'usure porte jusque sur le bord axillaire de l'omoplate qui est devenu tranchant à sa partie supérieure, jusqu'à ce qui reste de la surface articulaire. — L'épine de l'omoplate est épaissie, et paraît plus dense que celle du côté opposé. Sa face supérieure, au lieu d'être concave, est devenue irrégulièrement convexe, et elle est creusée d'un grand nombre de petites cellules. La face inférieure, au lieu d'être convexe, est concave et forme une espèce d'arche; une grande partie de cette surface est éburnée et lisse, sauf quelques petites érosions qu'on

remarque surtout vers la base de l'épine. C'est la partie inférieure de l'épine de l'omoplate où l'os est éburné qui était en rapport avec ce qui reste de la tête humérale.



Fig. 5. — Reproduction de la photographie de B..., montrant les déformations de l'épaule et du genou gauches.

B. *Humérus*. A la partie antérieure et interne du col chirurgical, il existe une dépression semblant résulter d'une usure. Au dessous, au contraire, l'épaisseur de l'os est plutôt exagérée, et on remarque en ce point plusieurs petites excavations qui logeraient une lentille. La tête humérale est profondément déformée ; le col anatomique est à peine appréciable, de sorte que la tubérosité externe semble confondue avec la tête. La grosse tubérosité semble d'ailleurs diminuée de volume ; la petite est presque effacée, et c'est à peine si on trouve la trace de la coulisse bicipitale. La surface articulaire est complètement dépourvue de cartilage et offre une surface spongieuse, sauf à la partie antérieure où on remarque un îlot

irrégulier, lisse et dur, comme éburné. — L'extrémité inférieure de l'humérus ne présente aucune particularité à noter.

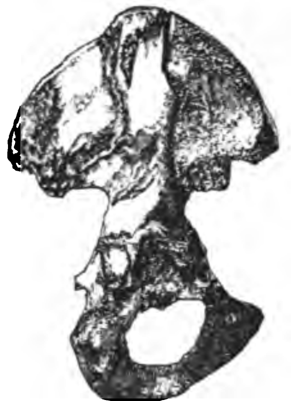


Fig. 6. — Face externe de l'os iliaque droit montrant l'absence de consolidation de la fracture et l'usure de la cavité cotyloïde.

4° *Hanche gauche.* — A. *Os iliaque.* Au pourtour de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, il existe en arrière et en dehors un petit bourrelet rugueux. Le reste de l'os n'offre rien d'anormal. Le ligament rond était détruit et il ne restait qu'une fongosité violacée à la place des insertions.

B. *Fémur* (*Fig.* 9). Rien de particulier du côté des tubérosités, ni du col. La tête fémorale est à peu près lisse dans toute son étendue, mais en arrière et en haut, la limite de la surface articulaire est marquée par un petit bourrelet légèrement saillant et irrégulier. — Un peu au-dessous du petit trochanter, sur la face antérieure et près du bord interne de l'os, on remarque une petite dépression peu profonde, à surface lisse, et semblant résulter d'une usure.



Fig. 7. — Face interne de l'os iliaque droit ; consolidation de la fracture par un cal exubérant et difforme.

5° *Hanche droite.* — A. *Os iliaque.* Avant de décrire l'état de la surface articulaire de cet os, nous dirons quelques mots d'une autre lésion qui n'avait point été soupçonnée pendant la vie.

Fracture de l'ilion. Sur la face externe de l'os (*Fig.* 6) on trouve un sillon profond, trace d'une fracture non consolidée, qui se dirige un peu obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, partant à peu près de l'union du tiers moyen et du tiers antérieur de la crête iliaque et se dirigeant vers le fond de l'échancrure du psoas. En avant de ce sillon qui entoure presque toute son étendue d'une profondeur égale à l'épaisseur de l'os, on trouve sur la fosse iliaque externe, des saillies rugueuses; en arrière on trouve une crête également rugueuse d'en-

viron 5 millimètres de hauteur au niveau de l'inversion du petit fessier.

Du côté de la fosse iliaque interne (*Fig.* 7), on voit, suivant la même direction que le sillon de la face externe, une production osseuse irrégulière, un cal difforme, formant une saillie rugueuse d'un centimètre d'épaisseur et de 4 centimètres de large en moyenne. Cette production forme comme une espèce d'attelle accolée à l'os. Cet aspect de la face interne de la fosse iliaque contraste avec celui de la face externe où, au lieu d'un cal exubérant, on constate l'absence complète de tout travail de consolidation.

La forme anatomique de cette fracture se rapproche de celle qui a été décrite par Duverney sous le nom de fracture en travers de l'os des îles et dont, dans un autre travail[1], nous nous sommes efforcé de démontrer le mode de production par choc ou pression latérale agissant obliquement de bas en haut et de dehors en dedans. Il est probable que la malade s'est fracturé le bassin en se tournant brusquement dans son lit, car elle n'avait subi aucun traumatisme grave, et d'ailleurs la lésion n'avait pas été soupçonnée de son vivant. L'absence de consolidation du côté externe peut s'expliquer par ce fait que la malade n'ayant jamais été traitée, les fragments qui n'ont jamais été rapprochés, tendaient toujours à s'écarter par dehors, tandis que, du côté interne où ils ne s'étaient jamais abandonnés, le défaut d'immobilisation tendait à déformer le cal à mesure qu'il se constituait.

A. La *cavité cotyloïde* est à peu près effacée, on ne trouve plus trace de rebords; à la place qu'elle occupait, il n'y a plus qu'un large méplat, interrompu par une petite dépression à peu près de la largeur de la pulpe du pouce. Sur la branche horizontale du pubis, au niveau de la partie supérieure de l'ancienne cavité articulaire, on trouve une petite dépression qui logerait une lentille, et autour d'elle, l'os est un peu poreux. En arrière, vers la base de l'épine sciatique, on trouve une petite dépression en forme de cupule, qui se trouvait en rapport avec l'extrémité supérieure déformée du fémur.

B. *Fémur* (*Fig.* 8). A l'union du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs de l'os on trouve une dépression portant sur la demi-circonférence externe de l'os, dépression irrégulière, semblant résulter d'une usure comme si l'os avait été râpé. Le grand tro-

[1] Ch. Féré. — *Étude expérimentale et clinique sur quelques fractures du bassin.* (*Progrès médical*, 1880, p. 3.)

chanter n'est plus représenté que par une épine ayant à peu près le volume de l'épine sciatique. Le petit trochanter ne forme plus qu'une petite éminence rugueuse à peine saillante. Le col et la tête du fémur ont complètement disparu ; le moignon qui subsiste forme une saillie de 2 ou 3 millimètres sur le côté interne du corps de l'os. La partie de ce moignon qui était en contact avec l'os iliaque est recouverte d'une couche de tissu fibreux rappelant le fibro-cartilage.

L'extrémité inférieure de l'os est extrêmement poreuse, mais il n'y a pas de destruction de cartilage.

6° *Genou gauche.* (*Fig.* 9). — A. *Fémur.* L'extrémité inférieure du fémur gauche présente une usure considérable du condyle externe. Ce condyle paraît avoir été coupé obliquement de bas en haut et de dedans en dehors, de sorte que l'extrémité externe de la surface articulaire répond à la tubérosité externe et est située à un peu plus de 4 centimètres au-dessus du plan du condyle interne. — Le condyle interne est lui-même rétréci dans son diamètre transversal, car la partie externe est aussi usée. Ce qui représente la surface articulaire du condyle externe est lisse et assez dense; quant au condyle interne, il présente un aspect poreux. En avant, le contour de la surface articulaire des deux condyles est marqué par un bourrelet retroussé formant une gouttière profonde ouverte en haut et surtout marquée sur le condyle interne.

Quand on considère l'os par sa partie postérieure, on ne trouve plus trace de condyle externe; le condyle interne aminci présente de nombreuses aspérités rugueuses. Toute l'étendue de la surface poplitée présente une usure formant une cavité de plus d'un centimètre de profondeur d'une forme générale triangulaire et destinée à recevoir l'extrémité supérieure déformée du tibia.



Fig. 8. — Membre inférieur droit, usures des saillies de l'extrémité supérieure du fémur. (Les autres lésions sont dues à la macération.)

B. *Tibia* (*Fig.* 10). La surface articulaire des plateaux du tibia a à peu près complètement disparu, il n'en reste qu'à peu près un centimètre carré à la partie antérieure et interne

du plateau interne. Cette partie offre une usure considérable formant une concavité transversale, dont le fond descend à peu près jusqu'au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Il résulte de cette altération que la surface supérieure du tibia présente deux saillies latérales simulant à peu près la forme des condyles du fémur.

Cette même surface supérieure est en outre divisée par une crête transversale qui la sépare en deux parties inégales ; l'antérieure



Fig. 9. — Fémur gauche. Lésions peu prononcées de l'extrémité supérieure. Usure et déformation considérable de l'extrémité inférieure.



Fig. 10. — Os de la jambe gauche. Usure et déformation de la surface articulaire supérieure du tibia, fracture consolidée du péroné.

moins étendue, taillée obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; la postérieure, plus large, taillée en sens inverse, est plus profondément échancrée, surtout vers le reste du plateau externe qui est fortement usé, tandis que le renflement qui représente le plateau interne forme une saillie ovalaire de un centimètre et demi de hauteur dont le grand axe antéro-postérieur a 45 millim. et le petit axe transversal 30. Cette saillie était en contact avec la concavité décrite au niveau de la surface poplitée du fémur.

A l'autopsie, nous avions constaté que l'extrémité supérieure du

tibia était remontée en dehors et en arrière du condyle externe du fémur, de sorte que ce qui reste du plateau interne du tibia se trouvait être à 10 centimètres plus haut que le condyle interne du fémur. La rotule se trouvait située entre la tubérosité du tibia déplacé et le bord externe du fémur tout à fait en dehors de l'axe de la cuisse. Le tendon du biceps était dévié à sa partie inférieure et se dirigeait en dehors ainsi que le ligament rotulien qui était presque horizontal. Toute l'étendue de la synoviale présentait une teinte ocreuse foncée se rapprochant de la couleur de terre de Sienne, mais sans altérations appréciables à l'œil nu de sa structure. Les ligaments croisés n'étaient pas détruits, mais extrêmement allongés et déviés en dehors puisque leur extrémité est un plan plus élevé que l'insertion fémorale; l'externe avait 6 centimètres de long, l'interne 4. Les ligaments latéraux étaient également très allongés et déviés dans le même sens. Quant aux cartilages semi-lunaires, ils avaient complètement disparu. On peut du reste se rendre compte en considérant la figure 5 de la position vicieuse des surfaces articulaires.

8° *Le péroné gauche* a été fracturé à sa partie moyenne et offre un cal un peu volumineux, mais assez régulièrement fusiforme (*Fig.* 10).

La cinquième côte gauche est bifurquée à sa partie antérieure[1], et chaque branche de bifurcation se continuait par un cartilage spécial.

II. Les pièces provenant de la nommée C... consistent en deux arthropathies des hanches et une arthropathie du genou droit.

1° *Articulation coxo-fémorale droite.* — A. *Os iliaque* (*Fig.* 11). La cavité cotyloïde est effacée par l'usure de ses bords. Cette usure d'ailleurs est beaucoup plus marquée en haut et en arrière qu'en bas et en avant, ce qui est en rapport avec le déplacement du fémur.

Vers le haut, la cavité est éculée, de telle sorte qu'elle arrive très près de l'éminence iléo-pectinée. En arrière et en haut la cavité s'avance vers la base de l'épine iliaque antéro-inférieure. En arrière, l'usure est encore beaucoup plus marquée et s'étend jusqu'à la base de l'épine sciatique et jusqu'au bord antérieur de la grande échan-

[1] Les fibres musculaires comprises dans l'espace losangique compris entre les branches de bifurcation de la côte et les deux cartilages offraient la même coloration que celles des autres muscles intercostaux. C'est une remarque que nous avons déjà faite à propos d'une autre pièce analogue, et qui est intéressante au point de vue de l'interprétation du rôle physiologique de ces muscles. (*Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 290.)

crure. Il existe de ce côté, en arrière de l'ancienne cavité cotyloïde, et à peine séparée d'elle par une crête peu saillante, une large surface qui se trouvait en rapport avec ce qui reste de l'extrémité supérieure du fémur. Cette surface où l'os est aminci, s'étend depuis la base de l'épine sciatique le long et jusqu'au niveau du fond de la grande échancrure, et elle remonte à peu près jusqu'au milieu de la partie antérieure de la fosse iliaque externe.

En bas, l'usure du sourcil cotyloïdien est beaucoup moins marquée, et en avant l'échancrure cotyloïdienne est intacte. Cette disposition de l'usure montre bien qu'elle est déterminée par le frottement du fémur, tendant toujours à se porter en haut et en arrière.



Fig. 11. — Os iliaque droit, usure de la cavité cotyloïde.



Fig. 12. — Fémur droit, usure de la moitié inférieure de la tête.

Le fond de la cavité n'est pas complètement déformé, l'arrière-fond est encore reconnaissable.

Toutes les parties qui sont le siège de la déformation offrent un aspect poreux tout spécial, indiquant une raréfaction de l'os.

B. *Fémur* (*Fig.* 12). La moitié inférieure de la tête fémorale est coupée obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, et présente de ce côté une surface plane comme usée à la meule. Cette usure, qui résulte du frottement du fémur contre la fosse iliaque, peut servir à faire reconnaître la position occupée pendant la vie.

La partie antérieure du col est dépolie et offre un aspect spongieux, et sur quelques points il existe des rugosités saillantes également spongieuses.

2° *Articulation coxo-fémorale gauche.* — A. *Os iliaque* (*Fig.* 13). De ce côté il n'y a qu'un point de la cavité cotyloïde qui soit intact, c'est l'échancrure antérieure. Le fond est complètement lisse, il n'y a plus trace de l'arrière-cavité. Sur tout le pourtour, les bords sont émoussés, et les limites de la cavité sont à peine distinctes sur certains points. En arrière de l'ancienne cavité, il existe une large plaque d'usure à peu près lisse allant de la base de l'ischion et de l'épine sciatique au fond de l'échancrure sciatique, et, en s'arrondissant à la base de l'épine iliaque antérieure et inférieure,



Fig. 13. — Os iliaque gauche. Usure de la cavité cotyloïde et de la partie voisine.



Fig. 14. — Fémur gauche, disparition totale de la tête.

atteignant enfin l'échancrure comprise entre l'épine iliaque antéro-inférieure et l'éminence iléo-pectinée.

B. *Fémur* (*Fig.* 14). La tête et le col ont complètement disparu, il ne reste plus à la place de l'insertion du col sur le corps du fémur qu'une surface rugueuse et poreuse. (N° 5.)

3° *Genou droit.* — Les surfaces articulaires du fémur, du tibia et de la rotule ne présentent pas de déformations très accentuées; elles offrent seulement sur toute l'étendue des parties en contact un aspect spongieux, avec usure généralement peu marquée de la surface, sauf pourtant sur les plateaux du tibia qui sont, surtout l'interne, assez notablement effondrés. (N° 6).

III. La nommée A... ne présentait que des fractures de l'humérus gauche de l'avant-bras droit, de la jambe gauche. (N° 11.)

1° *Humérus gauche (Fig. 15).* Cet os présente vers son tiers inférieur une fracture avec cal difforme. Le fragment supérieur chevauche de près de dix centimètres en avant de l'inférieur, de sorte que sa pointe arrive presque au niveau de la cavité coronoïdienne. Les deux fragments éloignés de plus d'un centimètre sont réunis par un cal volumineux et irrégulier.


Fig. 15. — Fracture de l'humérus gauche.

2° *Avant-bras droit* (*Fig.* 16). Les deux os sont fracturés au-dessus de leur extrémité inférieure.

Le *cubitus* a été fracturé à peu près à quatre centimètres au-dessus du niveau de la surface articulaire. Le fragment supérieur a chevauché en dedans et est réuni latéralement à l'inférieur par un cal difforme, volumineux et à surface poreuse. La pointe du fragment supérieur forme encore une saillie de plus d'un centimètre dans l'espace interosseux.

Le *radius* a été rompu plus d'un centimètre plus haut que le cubitus. Les deux fragments qui étaient restés mobiles présentent un renflement d'aspect poreux par places, éburné sur d'autres points, mais ils ne sont nulle part réunis par une soudure osseuse, il y avait deux réunions par du tissu fibreux.

3° *Jambe gauche.* (*Fig.* 17). Les deux os sont fracturés, mais à des hauteurs très différentes; mais tous deux offrent une double déviation analogue, en angle obtus ouvert en dedans et en arrière.

Le *péroné* est rompu à huit centimètres environ de son extrémité inférieure et les deux fragments sont réunis par un cal peu volumineux.

Le *tibia* a été fracturé plus de dix centimètres au dessus et il s'est consolidé également par un cal peu volumineux. Sur sa demi-circonférence externe au niveau du foyer de la fracture du péroné

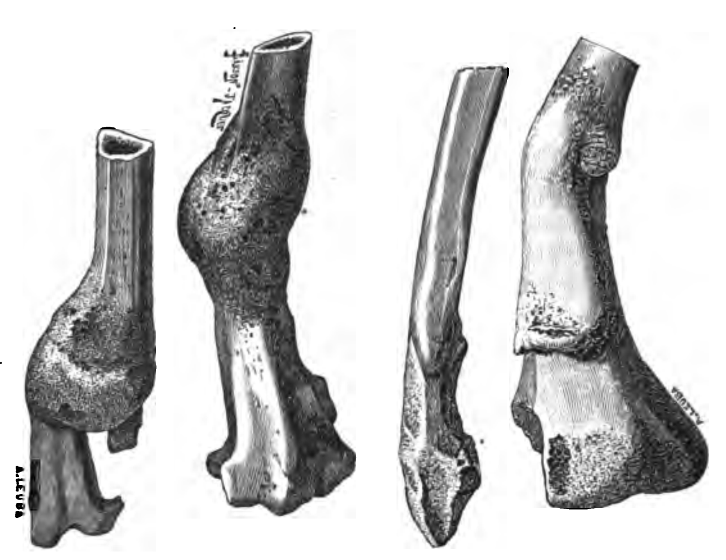


Fig. 16. — Fractures des deux os de l'avant-bras droit (face postérieure).

Fig. 17. — Fractures des deux os de la jambe gauche (face postérieure).

avec lequel il était en contact, il existe une petite production osseuse irrégulière.

IV. Sur la nommée X... il n'existait qu'une arthropathie de la hanche. (N° 12.)

Hanche gauche (*Fig.* 18). — A. *Os iliaque*. La cavité cotyloïde n'est intacte qu'au niveau de l'échancrure antérieure; l'arrière-fond est élargi, déformé, rugueux. En avant et en arrière, le sourcil cotyloïdien fait une saillie exagérée et est déformé par des aspérités rugueuses. Dans toute sa demi-circonférence postérieure au contraire il est complètement usé et remplacé par une plate-forme à surface lisse, limitée en arrière par une crête saillante demi-circulaire. Cette plate-forme est surtout large en haut et en arrière, du côté de la fosse iliaque avec laquelle elle se confond.

B. *Fémur*. La tête et le col ont complètement disparu, la perte

de substance à surface irrégulière mais non rugueuse, forme comme une section allant de la base du grand trochanter à la base



Fig. 18. — Os de la hanche gauche. Usure de la cavité cotyloïde, disparition de la tête fémorale.

du petit trochanter qui n'est plus représenté que par une très petite rugosité.

V. La nommée P... offrait une arthropathie de la hanche droite et du genou droit. (N° 13.)

1° *Hanche droite* (*Fig.* 19). — A. *Os iliaque.* Toute la demi-circonférence postérieure du sourcil cotyloïdien est usée et constitue une sorte de plate-forme semi-lunaire de un centimètre de largeur à peu près. Sur certains points cette surface est lisse et comme éburnée; sur d'autres elle est rugueuse et présente un aspect spon-

gieux. Il n'existe plus de trace de cartilage articulaire sur la cavité cotyloïde, qui offre un aspect rugueux sur toute son étendue, sauf au niveau de l'échancrure cotyloïdienne, où l'os a conservé son apparence normale. Le fond de la cavité cotyloïde est rempli par une masse ovoïde qui lui est intimement soudée. Cette masse est



Fig. 19. — Os de la hanche droite, déformation de la cavité cotyloïde au fond de laquelle est la tête fémorale.

constituée par la tête fémorale sur une petite étendue, mais il n'y reste aucune trace de cartilage. La partie du col qui reste adhérente à la tête montre une surface irrégulière et spongieuse.

Sur la face interne de l'os iliaque entre la crête innominée, le trou sous-pubien et la grande échancrure sciatique, on voit une saillie à peu près régulièrement hémisphérique et représentant à peu près les dimensions du fond de la cavité cotyloïde à laquelle elle correspond exactement. La surface de cette saillie est percée d'une quantité considérable de petits trous; en arrière et en haut tout près de la crête innominée, il existe une perte de substance d'un centimètre carré environ comprenant toute l'épaisseur du fond

de la cavité cotyloïde qui à ce niveau est très amincie. Cette solution de continuité permet d'apercevoir la surface rugueuse de la tête fémorale, qui vient ainsi, en quelque sorte, faire saillie dans le petit bassin.

B. *Fémur*. Du côté du fémur, nous voyons que le col a été comme coupé à son insertion, obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Il ne reste plus à sa place qu'une surface irrégulière, rugueuse et percée de trous. Ce même aspect se retrouve du reste sur la partie postérieure de l'os jusqu'à la bifurcation supérieure de la ligne âpre.

2° A l'*extrémité inférieure du fémur* on trouve sur la partie inférieure du condyle externe une évasion antéro-postérieure du cartilage de deux centimètres de long sur un de large, au niveau de laquelle l'os est détruit sur une petite épaisseur. Il n'y a pas d'autre lésion appréciable des surfaces articulaires du genou.

VI. La nommée B..., ancienne ataxique, confinée au lit depuis longtemps, s'est fracturée le fémur droit en se tournant dans son lit sans qu'on ait pu savoir au juste par quelle combinaison de mouvements. Le fragment supérieur

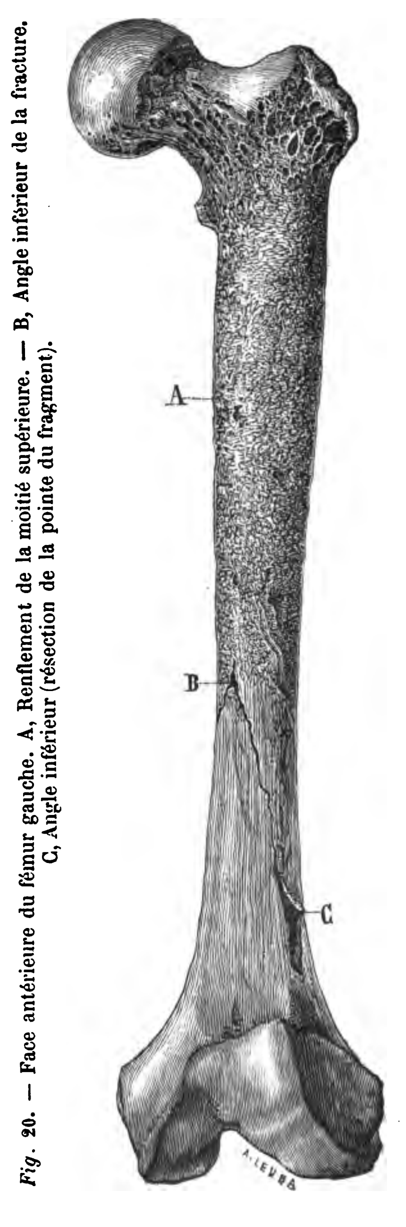


Fig. 20. — Face antérieure du fémur gauche. A, Renflement de la moitié supérieure. — B, Angle inférieur de la fracture. C, Angle inférieur (résection de la pointe du fragment).

avait percé la peau et, malgré la résection de l'extrémité du fragment, la réduction n'avait pu être maintenue et la malade mourut des suites de cette fracture exposée.

Les deux tiers supérieurs du corps du fémur forment un renflement fusiforme, dont la surface présente un aspect poreux sur certains points, éburné sur d'autres. C'est un peu au-dessus de la limite de cette altération que siège la fracture (*Fig.* 20).

Un peu au-dessus de l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de l'os, à cinq à six millimètres en dehors du bord interne, sur la face antérieure, on voit partir un trait de fracture qui se dirige obliquement en dehors dans la direction de la tubérosité externe du fémur, mais la fracture s'arrête à 5 centimètres environ avant d'arriver à cette tubérosité. Un autre trait parti du même point contourne le bord interne, la face interne, puis la face externe pour venir se terminer en bas en se réunissant avec le premier pour former deux fragments aigus. La pointe du fragment supérieur a été réséquée. Il n'existe aucune fissure, pas plus à l'angle inférieur qu'à l'angle supérieur. (N° 14.)

Cette fracture rappelle celles que nous avons décrites sous le nom de fractures par torsion de la partie du corps inférieure, du fémur et reproduites expérimentalement[1]; mais elle en diffère seulement parce que le trait spiral au lieu de parcourir la face antérieure de l'os, contourne les faces interne et externe, et que le trait rectiligne se trouve à peu près tout entier sur la face antérieure. Il est probable que cette différence tient à la différence de structure des deux tiers supérieurs de l'os où on voit un renflement fusiforme d'un aspect éburné; comme il est de règle dans ces fractures que l'obliquité du fragment rectiligne indique le sens dans lequel l'extrémité inférieure de l'os a tourné, il est probable qu'il s'agit ici d'une fracture par torsion en dehors. Un autre cas de fracture du fémur observée chez un ataxique par M. Heydenreich, peut peut-être à juste titre être rapproché de celle-ci; il est dit en effet que « les fragments sont pointus, extrêmement obliques, disposés en spirale[2] ».

[1] Ch. Féré. — *Bull. Soc. anat.*, 1880, p. 448.

[2] Heydenreich. — *Bull. Soc. anat.*, 1874, p. 255.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

IX. Note sur l'un des « symptômes » de l'ataxie locomotrice; par J. Mortimer Granville. (*Practitioner*, novembre 1881, p. 333.)

L'hypothèse de la dissolution, proposée par Herbert Spencer, et appliquée par Hughlings Jackson à l'explication de certains phénomènes pathologiques, trouve son application dans ce qu'on est convenu d'appeler le symptôme pathognomonique de l'ataxie locomotrice, c'est-à-dire la perte de l'équilibration en l'absence du secours fourni par le sens de la vue.

L'auteur explique ainsi ce phénomène : la fonction automatique qui consiste à équilibrer le corps et à le maintenir dans la station droite, a le sort de toutes les fonctions qui s'accomplissent en vertu d'une coordination des mouvements musculaires : elle est une fonction *apprise* à l'aide du sens de la vue, avant de devenir une fonction semi-consciente et finalement automatique ; et le sujet ataxique est ramené, par le processus de la dissolution, à l'état d'un enfant qui apprend à se tenir debout et à marcher.

Non seulement cette manière de voir donne du phénomène en lui-même une explication nouvelle, mais l'auteur estime qu'elle entr'ouve une voie nouvelle au traitement. Si bizarre et si peu physiologique que puisse paraître au premier abord une pareille idée, M. Mortimer Granville propose d'enrayer la déchéance ou de réveiller l'activité du « sens musculaire » par la rééducation des cellules nerveuses qui constituent les sources de cette forme particulière d'énergie. Pratiquement, le traitement qu'il propose est le suivant : faire tenir le malade debout, les yeux fermés, dans un bain, après avoir versé le long du rachis une petite quantité d'eau froide (dans quelques cas, il a paru utile de sinapiser la colonne vertébrale dans toute sa hauteur, tous les soirs, jusqu'à rubéfaction); faire persister le malade dans ses efforts pour se tenir ferme et droit sur ses

jambes pendant un quart d'heure d'abord, puis une demi-heure avec un point d'appui à sa portée, mais en lui recommandant de ne l'utiliser que s'il se sent en danger imminent de tomber. Pendant les deux ou trois premières semaines, on n'obtiendra que des résultats très peu appréciables; mais après ce délai, et en moins de trois mois, on verra s'amender non seulement le symptôme ainsi combattu, mais tous les autres symptômes, en même temps que l'état général du malade s'améliorera d'une façon sensible. R. de M. C.

X. Note sur la maladie de Ménière et en particulier sur son traitement par la méthode de M. Charcot; par Ch. Féré et Ach. Demars. (*Revue de Médecine*, 1881.)

Les auteurs débutent par une étude de la maladie d'après les documents récents et l'observation de plusieurs malades de la Salpêtrière. — Des troubles auriculaires variés, la surdité, quelquefois inaperçue, d'une oreille, une sensation passagère de vertige précèdent les symptômes de la maladie de Ménière confirmée. Elle se présente sous deux formes: l'une, grave, ne laissant nulle trève au patient; l'autre, moins fâcheuse, constituée par des vertiges revenant à de longs intervalles et pouvant revêtir la forme des paroxsymes décrits plus loin. — Dans les cas les plus graves, la position horizontale calme seule la sensation vertigineuse continue, l'état d'instabilité constante qu'éprouve le malade, malgré oreillers et coussins entassés autour de lui. Le simple mouvement des yeux, l'approche d'une personne, un ébranlement du lit peuvent compromettre cette situation lamentable et jeter après une secousse violente le malade dans les horribles sensations du paroxysme. — D'autres fois, l'état vertigineux est moins marqué et permet la vie active. La démarche se fait alors comme d'une pièce, avec inclinaison du corps d'un côté, les bras placés en balancier, et trahit la préoccupation de se maintenir en équilibre. Des bruits subjectifs variés en même temps dans les oreilles, bourdonnements, bruits de la mer, et surtout sifflements aigus. Ils redoubleront à l'approche du paroxysme. A ce moment, si le sujet ne peut quitter le lit, il se sent précipité dans un gouffre sans fond, tournoyant, enlevé en l'air, suspendu par la tête ou les pieds, projeté diversement. Au contraire peut-il marcher, il y a tantôt sensation subjective de chute, tantôt chute véritable.

Une force supérieure le pousse, le terrasse subitement ou lui permet de diriger et d'amortir sa chute, qui a lieu toujours du même côté. La conscience demeure entière. Nausées et vomissements terminent l'accès. En certains cas légers, il n'existe que des vertiges séparés par un long intervalle et pouvant revêtir la forme d'un véritable paroxysme. La maladie dure tant que la surdité n'est pas complète.

L'autopsie n'a révélé aucune lésion constante. M. Pierret a décrit parmi les symptômes céphaliques de l'ataxie locomotrice des vertiges en tout pareils à ceux qui viennent d'être passés en revue, dont on retrouve deux exemples dans ce travail.

Longtemps réputée incurable, la maladie de Ménière ne fut véritablement améliorée que par le traitement que M. Charcot faisait connaître à ses auditeurs, à la Salpêtrière, en 1875, par l'emploi prolongé, à dose élevée, du sulfate de quinine.

Des tracés indiquent exactement et parallèlement, et la dose de sulfate de quinine donnée et l'état des symptômes chez les malades observés par MM. Féré et Demars. La dose a varié de trente à quatre-vingts centigrammes. On l'administre pendant quinze jours, on le suspend un temps égal, on le reprend quinze jours encore et ainsi de suite jusqu'à ce que la guérison soit obtenue. Les bruits quiniques s'ajoutent au début aux bruits morbides et l'état s'aggrave tant que, sans l'espoir de la guérison, le malade préfèrerait revenir à son état ordinaire de souffrance. Amélioration dès la première suspension du traitement, exacerbation moindre à la première reprise et finalement amélioration considérable ou guérison. Il ne faut pas oublier que l'affection peut récidiver et que le traitement agit alors aussi bien que la première fois [1]. D. Bernard.

XI. Lésion grave du cerveau, guérison ; par William Wood. (*The american Journal of the medical Sciences*, juillet 1881, p. 168.)

Voici le résumé de l'observation : il s'agit d'un homme sur le corps duquel un tramway avait passé et qui portait à la tête une plaie allant de l'angle interne de l'œil jusqu'à l'occiput.

[1] Depuis cette époque, M. Charcot a employé avec un certain succès, le salicylate de soude dans les mêmes circonstances que le sulfate de quinine. (Ch. F.)

Le cerveau était mis à nu et l'on constatait sur sa portion antérieure un sillon long d'environ trois pouces. L'œil gauche était attiré en haut de telle façon que la pupille était cachée; de l'autre côté de la tête, il y avait une plaie du cuir chevelu de trois pouces et demi de longueur. Le conducteur du tramway fit savoir que le blessé avait été atteint à la tête par une pièce saillante de la machine. M. Wood introduisit les doigts dans le crâne pour en extraire des esquilles, des cheveux et des fragments de substance cérébrale ; puis il ramena l'œil en place et fit plusieurs points de suture, en laissant une petite ouverture vers l'augle interne de l'œil; puis il banda la tête en faisant de son mieux la coaptation des os. Pendant tout ce temps le blessé était sans connaissance. Quelques heures après, il eut un vomissement de sang (ceci se passait le 29 mai). Le lendemain miction involontaire, vomissements de sang, délire. — Le 1er juin, le malade est plus tranquille. — Du 2 au 4, la conscience et la raison reviennent, on enlève les points de suture ; la réunion se fait par première intention. Le dixième jour, l'écoulement cesse, l'ouverture se ferme ; le malade se lève un peu. Vingt-six jours après l'accident, le blessé, parfaitement guéri, reprend ses occupations (il est mécanicien dans une manufacture de papier). Depuis ce moment, il a continué à se bien porter, et son intelligence est parfaitement nette ; la seule trace qui reste de l'accident consiste dans l'impossibilité où il se trouve de regarder en bas (avec l'œil qui a été atteint) sans baisser la tête. Dans la moitié postérieure de la plaie, il y a eu réunion osseuse ; mais dans la moitié antérieure, les os demeurent séparés par un espace d'environ un quart de pouce.

Au point de vue de la guérison, ce cas est intéressant ; mais il est fâcheux que l'auteur n'ait pas indiqué d'une façon plus précise la topographie de la lésion cérébrale, sa largeur, sa profondeur, et les régions de l'écorce qu'elle intéressait.

R. DE M. C.

XII. DE L'HYSTÉRO-ÉPILEPSIE ; par Charles-K. MILLS. (*The american Journal of the medical Sciences,* octobre 1881, p. 392.)

L'auteur rapporte deux observations originales et très intéressantes d'hystéro-épilepsie; ces observations sont accompa-

gnées de dessins représentant les diverses attitudes prises par les malades pendant les attaques. M. Mills fait ensuite l'histoire de l'hystéro-épilepsie, en mettant à profit les travaux de MM. Charcot, Bourneville et Richer; son but, il le dit lui-même au début de son travail, a été de donner à ses confrères des États-Unis une description de l'hystéro-épilepsie claire, complète, et conforme à l'enseignement de l'école de la Salpêtrière. R. DE M.-C.

XIII. SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ÉPILEPSIE, lettre au professeur LUCIANI; par le professeur V. CHIRONE. (*Il Morgagni*, 1881, fasc. VI.)

Le professeur Chirone affirme que l'écorce cérébrale n'est pas le centre indispensable des mouvements épileptiques, ainsi que le pense le professeur Luciani pour lequel l'excitation de la moelle allongée n'est qu'un phénomène secondaire et non nécessaire.

Pour le prouver, il a observé que certaines substances donnent des convulsions épileptiques en agissant, les unes sur l'écorce cérébrale, les autres directement sur la moelle sans qu'il soit besoin de la substance corticale. — C'est ainsi qu'avec la cinchonidine il a déterminé chez des pigeons des convulsions épileptiques généralisées; mais, après leur avoir enlevé un lobe cérébral, il n'a plus obtenu de convulsions épileptiques que dans la moitié du corps correspondant au côté de la lésion; si on enlève les deux lobes cérébraux, on ne peut plus déterminer du tout de convulsions.

Avec la picrotoxine, au contraire, l'auteur a pu voir régulièrement se produire les manifestations épileptiques alors même que les deux lobes cérébraux avaient été extirpés; il ne saurait donc dans ce cas être question de l'action épileptogène de l'écorce cérébrale.

L'auteur n'admet pas l'objection faite antérieurement par Luciani: qu'on n'a pas affaire là à de l'épilepsie vraie, ni à des phénomènes qui lui soient absolument comparables. Il pense que si quelquefois l'épilepsie est produite par l'excitation de l'écorce cérébrale, souvent aussi elle est due à l'excitation d'autres régions des centres nerveux, telles que la moelle allongée. P. M.

XIV. L'ALBUMINURIE COMME SYMPTÔME DE L'ACCÈS ÉPILEPTIQUE; par le Dr FIORI. (*Italia medica*, Genova 1881.)

M. Fiori constate que l'albuminurie est un phénomène très fréquent, mais non constant de l'accès d'épilepsie; on l'observe souvent lorsqu'on provoque des convulsions épileptiformes chez les animaux; souvent aussi chez les hystériques à la suite des convulsions. Il a de plus observé une hystérique qui, atteinte pendant ses accès d'aphasie et de rétention d'urine, voyait disparaître l'aphasie quand on plaçait une plaque de zinc au-devant du larynx, et la rétention d'urine quand on en plaçait une à l'hypogastre. De plus l'application des plaques de zinc avait une influence sur l'excrétion même de l'urine. — Quand les plaques étaient retirées, l'urine devenait plus abondante en quantité et plus pauvre en matériaux solides au point de vue absolu et au point de vue relatif; quand les plaques étaient appliquées la quantité de l'urine diminuait et se maintenait au-dessous de la moyenne des individus sains, mais sa composition se rapprochait des urines normales.

L'auteur a constaté aussi que, pendant l'application des plaques de zinc, les différences entre la température centrale et les températures périphériques étaient plus accentuées qu'en dehors de l'application des plaques, et attribue ces différences dans l'excrétion de l'urine à des variations dans la circulation sanguine. P. M.

XV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHÉNOMÈNES POST-HÉMIPLÉGIQUES (HÉMIATAXIE POSTHÉMIPLÉGIQUE); par le Dr UGO BASSI. (*Lo Sperimentale*, 1881, fasc. 7.)

Le Dr Bassi rapporte l'observation d'un homme de 57 ans qui, après avoir été frappé d'hémiplégie gauche, avait vu les mouvements se rétablir dans le côté paralysé assez pour permettre la marche à l'aide d'une béquille; mais en même temps la jambe du côté malade était prise d'une incoordination que l'auteur ne peut mieux comparer qu'à celle de l'ataxie; rien d'analogue ne se montrait au membre supérieur. L'autopsie faite plus tard fit voir un foyer hémorrhagique situé dans le noyau lenticulaire droit et dont une des parois attenait à la capsule interne.

L'auteur rapproche ce fait de celui qui a été publié par Grasset

dans le *Progrès Médical* de 1880, n° 40. — Il fait remarquer que, contrairement à ce qui se passe dans l'ataxie, la fermeture des yeux n'augmente pas l'incoordination, et pense que, lorsqu'on aura un nombre suffisant de documents, on pourra peut-être reconnaître comme génératrices de ces phénomènes certaines lésions de la partie antérieure du corps strié et de la capsule interne. P. M.

XVI. L'AUSCULTATION DE LA PAROLE A LA SURFACE DE LA TÊTE ; par le Dr Roberto ADRIANI. (*Rivista sperimentale di Medicina legale*, 1881.)

L'auteur rappelle que l'étude de l'auscultation céphalique est loin d'être nouvelle. — Mais elle n'a jamais été appliquée au même but que celui qu'il poursuit : le diagnostic des maladies mentales. — Suit une description des modalités diverses que prennent les sons suivant que le sujet parle à voix haute ou basse et suivant le point du crâne où l'oreille est appliquée ; — l'auteur recommande de faire parler à voix basse la personne en expérience et d'ausculter dans la région occipitale.

Dans ces conditions, il a trouvé le son de la voix chez cent soixante-deux malades atteints d'affections mentales : trente-neuf fois exagéré, trois fois amphorique, treize fois affaibli, trois fois indistinct, ou nul ; — tandis que chez cent deux personnes saines, il ne l'a trouvé que quatre fois exagéré et trois fois affaibli ; mais jamais amphorique, ni indistinct.

Il n'a pu saisir aucun lien entre les variations de diamètres et de courbures et les données de l'auscultation ; non plus qu'entre ces dernières et les différentes formes d'affections mentales.

Il pense que la transmission de la voix se fait par l'intermédiaire des parois du crâne et non par le cerveau, qui, au contraire, amortit plutôt les sons ; si la voix s'entend mieux au niveau de l'occiput, cela tient à ce que l'apophyse basilaire étant en rapport avec le pharynx entre plus facilement en vibration. Mais si le cerveau concourt peu à la transmission de la voix, il est loin d'être sans influence sur elle ; c'est probablement aux différences de densité du cerveau que sont dues les modalités différentes de celle-ci ; et, depuis les recherches de Crichton Browne (*Brain*, 1879), on sait que la densité du cerveau varie dans les différentes formes de maladies mentales. Aussi le

Dr Adriani, tout en reconnaissant qu'il n'est arrivé encore à rien de précis, espère-t-il que, dans un avenir peu éloigné, l'auscultation céphalique pourra être d'un grand secours dans le diagnostic des affections mentales. P. M.

XVII. Sur le centre cortical de l'iris chez les oiseaux; par Œlh. (*Rendiconti del R. Istituto Lombardo di scienze lettere*, vol. XII.) *Rivista di Freniatria*.

A la suite d'expériences sur les pigeons, les poules et les dindons, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Si, chez les volatiles, on applique les pôles d'un courant induit sur la substance corticale de la partie postérieure des hémisphères cérébraux, on observe ordinairement le resserrement de la pupille dans l'œil opposé à l'hémisphère excité;

2° Cet effet s'obtient mieux encore si on applique les pôles sur l'angle postérieur et interne de l'hémisphère;

3° Plus rarement, au lieu du resserrement, on observe de la dilatation qui semble correspondre à une intensité moindre du courant excitateur;

4° Les effets du courant sur la pupille cessent quand on a fait une section nette entre les hémisphères et les lobes optiques. P. M.

XVIII. Tabes incipiens; par Erlenmeyer. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 2e fascicule, p. 103-106.)

L'objet de cette brochure consiste surtout dans l'étude des prodromes de la maladie dont le nom ataxie locomotrice induit le médecin parfois en erreur, car bien souvent la maladie est constituée alors que l'ataxie n'a pas encore apparu.

Un catarrhe stomacal, tenace, résistant aux moyens thérapeutiques, sur lequel insiste Erlenmeyer, l'excitabilité vénérienne, avec pollutions plus nombreuses, malgré les abus vénériens, un besoin plus fréquent d'uriner, une facilité plus grande à la fatigue des extrémités inférieures, les caractères de dicrotisme du pouls, des douleurs fulgurantes, sans les points douloureux des névralgies, la douleur constrictive du cou et de la poitrine, des symptômes résultant d'un commencement d'a-

trophie du nerf optique, inégalité pupillaire, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, diplopie, disparition du réflexe du genou avant même l'apparition des douleurs fulgurantes : tels sont les prodromes dignes d'attention pour Erlenmeyer, qui met le dernier prodrome bien au-dessus du phénomène de Romberg (la chute les yeux fermés), signe qui n'apparait qu'assez tard et existe dans d'autres affections. E. CH.

XIX. ETUDE SUR LES HÉMORRHAGIES PRIMITIVES, IMMÉDIATES OU DIRECTES DES VENTRICULES CÉRÉBRAUX (2e partie Symptomatologie [1]) ; par Edward SANDERS. (*The American Journal of the medical Sciences*, juillet 1881.)

Après avoir indiqué dans un précédent mémoire l'existence, l'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic et le pronostic de ces hémorrhagies, l'auteur se propose actuellement d'étudier leur symptomatologie. Il divise les symptômes en deux catégories : 1° les symptômes prémonitoires; 2° les symptômes de l'hémorrhagie.

A. *Symptômes prémonitoires.* — Ils n'ont rien de caractéristique et sont entièrement analogues à ceux de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire, dont il est impossible de les distinguer.

B. *Symptômes de l'hémorrhagie.* — En ce qui concerne le début, la ressemblance avec l'hémorrhagie cérébrale ordinaire est, ici encore, complète. En effet, on peut observer dès le début : 1° la mort rapide; 2° les convulsions ; 3° la paralysie sans perte de connaissance ; 4° la paralysie avec perte de connaissance (mode fréquent); 5° la perte de connaissance partielle ou totale sans paralysie. — L'auteur constate qu'il lui a été à peu près impossible d'établir une relation exacte entre le mode de début d'une part, et d'autre part le siège ou l'importance de l'hémorrhagie; cette relation existe, en revanche, entre le mode de début et la rapidité plus ou moins grande de l'issue fatale.

Avant d'aborder l'étude des symptômes, M. Sanders croit devoir rappeler qu'aucun d'eux n'est pathognomonique : puis il passe en revue les divers groupes symptomatologiques.

1° *Troubles intellectuels.* — Fréquents et pouvant varier depuis la confusion des idées et la somnolence jusqu'au délire, à la stupeur, au collapsus, à la perte de toute conscience.

[1] Voy. *Arch. de Neurologie*; n° 7, p. 100.

2° *Troubles moteurs.* — Contractures, convulsions, paralysies, chacun de ces symptômes est étudié dans son époque d'apparition, son siège, sa durée plus ou moins persistante, sa valeur diagnostique.

3° *Troubles de la sensibilité.* — Il peut y avoir intégrité des sensations ou anesthésie : cette dernière est plus ou moins accusée, plus ou moins tardive, et quelquefois variable chez le même malade. — Les actions réflexes sont presque toujours conservées, mais généralement affaiblies. – Les étourdissements sont fréquents au moment même où l'hémorrhagie va se produire : ils sont habituellement soudains. — La céphalalgie est assez fréquente et précoce.

4° *Troubles de la sensibilité spéciale.* — Ouïe : on a constaté une fois seulement des bourdonnements d'oreille. Vue : l'état des pupilles est très variable : elles sont tantôt dilatées, tantôt contractées; quelquefois (deuxième cas) l'une est dilatée, l'autre contractée. Lorsqu'il y a contraction égale ou dilatation égale des pupilles, on constate que, dans les ventricules, le sang ou le sérum sont disposés de manière à provoquer une irritation ou une compression égale sur les deux côtés du cerveau. — Le strabisme paraît rare (premier cas) et passager. — Dans deux cas, déviation de la tête, mais sans déviation des yeux. — Langage : la perte du langage est partielle ou complète; elle varie depuis l'impossibilité d'articuler nettement jusqu'à l'aphasie complète.

5° *Troubles de l'appareil digestif.* — La présence de l'écume à la bouche est assez fréquente; la déviation de la bouche a été trouvée dans six cas seulement. — La déviation de la langue paraît rare. — La difficulté ou l'impossibilité de la déglutition paraît également rare (quatrième cas) et passagère. — Malaise : fréquent et peu accusé. — Nausées et vomissements : rencontrés dans douze cas. — La constipation est la rigle : elle est souvent opiniâtre.

6° *Troubles circulatoires.* — Le pouls ne saurait être considéré comme caractéristique; mais on peut constater qu'il est habituellement lent, plein et dur au début; plus tard, l'épuisement survient, et il devient rapide et faible; dans quelques cas rares, il demeure normal.

7° *Troubles de la respiration.* — La respiration stertoreuse est fréquente et précoce.

8° *Température.* — Le frisson, la sensation du froid sont des

phénomènes peu communs. — La température a été notée dans trop peu de cas pour que l'on puisse utiliser ces données incomplètes.

9° *Troubles des fonctions urinaires.* — Ils sont sans importance.

10° *Symptômes superficiels.* — Expression de la physionomie : elle revêt le caractère de l'apathie (dans les cas rares où elle a été notée). — Etat de la peau : la pâleur de la face est d'un pronostic grave. — Presque aussi souvent on trouve le visage congestionné. — Dans un cas, on a observé la tache cérébrale.

11° *Amélioration apparente.* — Elle a été observée dans dix cas; elle est probablement due à l'arrêt de l'hémorrhagie et à la tolérance du cerveau à l'égard de la compression qu'il subit, tolérance qui permet un fonctionnement plus ou moins complet; puis, une nouvelle hémorrhagie survient, et l'amélioration disparaît. Dans les dix cas observés, l'amélioration a été purement transitoire et bientôt suivie de l'aggravation des symptômes et de la mort, sans rémission nouvelle.

R. de M. C.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

IX. Avis relatifs a l'aliénation, a l'usage des gens du monde; par Koch, médecin directeur de l'asile royal de Zwiefalten (Wurtemberg). (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 4e fascicule, p. 21-82.)

Soixante pages consacrées à ces avis et l'œuvre n'est pas terminée. C'est une lecture utile pour le médecin praticien bien plus que pour les gens du monde, malgré son titre ; doit être lu en entier, mais ne peut être résumé; l'auteur examine successivement les questions suivantes :

Quelle idée doit-on se former des aliénés? — A quoi peut-on reconnaître l'existence d'une maladie mentale? — Situations

qui se rapprochent des maladies mentales; comment faut-il les envisager? — Quelles sont les causes de la folie? — Comment doit-on se conduire vis-à-vis des aliénés? — Par quelles considérations doit-on se laisser conduire quand il s'agit de la collocation d'un aliéné dans un établissement? E. Ch.

X. Sur l'écriture dans la paralysie générale; par Schüle. *(Allgemeine Zeitschrift für Psycyiatrie*; *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, année 1880, 3e fascicule, p. 87-88.)

L'écriture est d'abord « dysgrammatique », c'est-à-dire émaillée de fautes de sens et d'interversions. ou d'ellipses; puis « ataxique », c'est-à-dire altérée dans la forme des lettres. Les fautes grammaticales se rencontrent tout à fait dès le début. Erlenmeyer pense que les troubles dysgrammatiques de l'écriture doivent être rattachés uniquement aux altérations corticales organiques, à l'exclusion des troubles circulatoires qui peuvent survenir. E. Ch.

XI. Contribution a l'étude des conceptions irrésistibles; par L. Wille (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 1.)

Ce mémoire admet en premier lieu l'identité des conceptions irrésistibles et de l'entité décrite sous le nom de: *Grübelsucht* (manie des subtilités). folie du doute avec délire du toucher, pseudomonomanie, délire partiel, folie avec conscience, délire émotif, folie lucide, expressions auxquelles sont attachés les noms de Griesinger, Westphal et des aliénistes français que chacun connaît. Les seize observations nouvelles que l'auteur apporte à l'appui ont en effet trait à la production subite de pensées accablantes pour le patient, sous forme de crises; elles s'imposent à ce dernier malgré ses efforts, malgré la conscience qu'il a de la non réalité de leur teneur, et entraînent une angoisse pénible qui finit par devenir le facteur presque unique de la perturbation intellectuelle. Tel s'imagine, par exemple, qu'il ne peut plus être heureux, qu'il est maudit, qu'il est souillé, qu'il va mourir bientôt. — Après en avoir rapproché les descriptions de Legrand du Saulle, M. Wille fait remarquer que le délire du toucher n'est que l'extension de cette anxiété. Mais il croit que la distinction établie par Westphal entre la

conception irrésistible (persistance de la conscience) et la conception délirante (aberration totale), est trop absolue; car il est des cas de folie systématique aiguë primaire dans lesquels l'aliéné comprend l'absurdité de son délire, tandis qu'il n'est pas rare d'observer des conceptions irrésistibles au rang de symptômes dans les folies aiguës et chroniques. A l'encontre de Westphal, il pense que la conception irrésistible peut dériver d'une émotion ou d'afflictions morales chroniques (misère, soucis, chagrins). Il adopte en revanche la théorie du professeur de Berlin, aux termes de laquelle l'intensité excessive du processus conceptuel morbide arrête l'ébranlement idéogénique du reste du cerveau, et ferme la connaissance aux autres pensées: de là l'angoisse. Mais il s'inscrit contre l'allégation que le sujet des conceptions irrésistibles est toujours absurde ou en contradiction avec des conceptions antérieures. Il y aurait lieu, suivant lui, de distinguer deux sortes de fonds sur lesquels roulent ces conceptions : l'un absurde, à contre sens, tout à fait insensé ; l'autre naturel, intelligible, simplement faux. Au point de vue clinique, il admet trois formes, selon que les conceptions irrésistibles se bornent au rôle passif, théorique, qu'elles sont suivies d'actes, ou qu'elles entraînent des impulsions irrésistibles, — se rangeant à l'avis que quand la psychose a duré un certain temps, les actions succèdent généralement aux conceptions, mais pas régulièrement à chacune d'elles (périodes dans lesquelles le malade peut résister). Le mécanisme ordinaire serait le suivant : le progrès dans l'intensité et la durée des conceptions irrésistibles, en exagérant l'arrêt de l'ensemble du travail cérébral, augmente à ce point les tensions centrales qu'il s'en fait une irradiation sur d'autres centres ; l'angoisse se complique alors de décharges motrices commençant aux actes et aboutissant au délire, aux convulsions, suivant la résistance apportée *intus et extra* aux manifestations agies. Il faut en exclure les cas relevant d'une simple prédisposition individuelle en vertu de laquelle, comme à l'état normal, toute pensée donne rapidement naissance au fait (indépendance des conceptions et des actes). Quant à l'impulsibilité immédiate, qui, spontanément, sans cause, se manifeste dès le début de la conception, elle constitue un degré de développement plus grave et plus accentué, parce que l'excitation précède la conception, le malade obéissant au sujet de ses conceptions, bien qu'il le sente en contradiction avec ses conditions objectives:

ici, la personnalité disparaît devant la folie systématique. Cette impulsibilité apparaît en effet chez des individus présentant une disposition originelle à de telles irritations qui glissent sur le terrain des crises vaso-motrices spontanées et réflexes. Mais, en somme, les trois groupes représentent trois étapes dans l'évolution d'un seul et unique processus dont chaque phase nouvelle appelle, par sa répétition, par l'habitude du même mécanisme psychopathique, la soudaineté dans la production et l'enchaînement des réactions, depuis la conception irrésistible jusqu'à l'acte irrésistible et à l'impulsion spontanée. Un pas encore, et la conception délirante émerge, c'est-à-dire la folie proprement dite avec ses états émotifs, ses altérations morales profondes (Legrand du Saulle et Wille) ; ainsi en est-il de la mysophobie de Hammond avec ses trois stades[1] à laquelle l'auteur ajoute deux observations. — Voici, à cet égard, ce que M. Wille aurait le plus souvent noté. L'intensité des angoisses consécutives aux troubles de la conception augmente de plus en plus ; bientôt elles deviennent spontanées sans conception irrésistible préalable, pour se prolonger entre les accès et prédominer: l'arrêt psychique qui leur est lié finit par oblitérer la connaissance et déterminer graduellement de la lypémanie (délire d'autoaccusation, plaintes, etc.). Le tableau clinique doit être complété par les symptômes nerveux ou somatiques de l'anémie (stéatose ou émaciation); des sensations anormales ou désagréables à l'épigastre, dans les régions céphaliques, articulaires, musculaires; des excitations sexuelles en présence ou en l'absence de causes (spermatorrhées spontanées nocturnes et même diurnes); de la constipation; des troubles de l'appareil digestif, de l'insomnie, de la dyspnée. L'étude des malades (sept hommes et neuf femmes) enseigne que ce genre d'affection évolue sur les constitutions neuro-psychopathiques, suivant de préférence l'hérédité (dix faits). La marche de la maladie est paroxystique (intermittences et rémissions); on peut la faire remonter à l'enfance (habitudes déjà méticuleuses de propreté, rangement, nettoyage), et la voir cesser brusquement (guérison ou intermission très prolongée?). Le deuxième stade (actes irrésistibles) exige une surveillance attentive ; à fortiori le troisième et la folie confirmée: celle-ci n'aboutit jamais à la démence. La conscience, qui ne cesse jamais d'abandonner

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 266.

le malade, assure aux conceptions irrésistibles, y compris les sensations, perceptions, actes et impulsions de même source, une place à part dans la nosographie sous le titre de *folie avec conscience* ; à ce point de vue la folie systématique et la mélancolie terminales seraient plutôt de nouvelles maladies prenant la place de la première qu'un degré plus avancé de l'entité psychique en question. Traitement général tonique et reconstituant. L'excitation des crises réclame l'administration du bromure de potassium, exceptionnellement des narcotiques. P. K.

XII. Sur les invalides psychopathiques de la guerre de 1870-71; par Schwaab (6e Congrès des aliénistes et neurologistes de l'Allemagne du sud-ouest). Quelques remarques sur les invalides psychopathiques de la guerre de 1870-71 ; par Carl Frœhlich. — (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XII, 1, 2.)

Schwaab apporte une observation. L'homme qu'elle concerne, absolument bien portant jusqu'en 1870, indemne de toute diathèse ou d'élément héréditaire, supporte admirablement les fatigues de la campagne, y compris le service du siège de Paris; ce n'est qu'à son retour (septembre 1871) que soudain, sans prodromes, la face, le front, la tête, les oreilles deviennent le siège d'une éruption purulente et accompagnée d'une énorme tuméfaction laissant, après une durée de quelques semaines, des ulcérations, puis des cicatrices irrégulières varioliformes (calvitie commençante); en même temps, chaleur et douleurs lancinantes très violentes dans la tête. Seconde poussée aussi subite et sans plus de raisons pendant l'automne de 1872-73. Des accès de céphalalgie fronto-bregmatique n'ont cessé de visiter le patient durant l'intervalle. Parallèlement et dès l'apparition de l'exanthème, l'humeur s'assombrit ; aux idées mélancoliques se joignent de l'excitabilité, de la confusion et de l'obtusion mentales, de la dipsomanie, des goûts d'aventures, si bien que, le 11 mai 1879, on trouve le malade en plein champ auprès d'Auerbach nu, mourant de froid et de faim, totalement amnésique. Mégalomanie pendant deux mois ; puis manifestations de la démence compliquées d'incertitude de la parole, de tremblement fibrillaire de la langue, de parésie faciale faisant bientôt place au rétablissement physique et psychique. Rechute pendant l'été de 1880. Cette fois à la lypémanie s'ajoutent des crises à congestion céphalique : hyperthermie, excitation motrice, démence, malpropreté, agitation, insomnie, paralysie de

la parole et des mouvements volontaires. Une attaque apoplectiforme avec convulsions de l'épaule et du bras gauche, (janvier 1881) se renouvelle le 13 avril et enlève le malade dans le coma. On trouve à l'autopsie le cerveau entièrement enveloppé d'une pseudomembrane d'un jaune terne, constituée par un exsudat fibrineux organisé en couches mesurant par place plusieurs millimètres, qui présente plusieurs points adhérents, notamment à l'extrémité postérieure des première et deuxième frontales.

M. Schwaab en conclut que les fatigues de la guerre ont causé un ébranlement du système nerveux tel que progressivement s'est développée cette affection cérébrale La manifestation d'un exanthème aussi violent à la suite d'une campagne et sa relation chronologique, même à longue échéance, avec une psychose sont, dit-il, des faits déjà constatés aux dernières années à propos des affections rhumatoïdes; les uns et les autres témoignent du désordre causé dans l'économie par le surmenage militaire. — M. Frœhlich critique au fond cette manière de voir. Il admet un rapport étiologique évident entre l'exanthème et la psychose, à l'exemple de Krœpelin[1], mais c'est précisément l'affection cutanée qui n'aurait rien à voir avec la campagne; outre qu'on ignore quel était l'état des soldats et des populations avec lesquels le malade venait d'être en contact, l'incubation lui semble bien longue (rentrée des troupes à Berlin le 6 juin) pour qu'on soit en droit de relier l'éruption à l'époque de la guerre. P. K.

XIII. Les maladies de la connaissance; par J. Weiss, de Vienne, (*Allg. Zeitsch. f. Psych. u. psych. gerichtl. Medicin*, XXXVIII, 1.)

En présence de l'incertitude nuageuse des définitions sur la connaissance au regard du fait clinique précis que traduit l'expression *perdre connaissance*, l'auteur se demande quel est le processus physiologique en rapport avec la conscience. Un acte cérébral complet se composant de deux éléments, l'un centripète qui est la sensation, l'autre centrifuge, qui, par le mouvement, en constitue la réponse, la connaissance n'est ni un phénomène autonome du mécanisme cérébral, ni une fonction d'un ordre élevé, ni une propriété fondamentale des processus psychiques, puisque les actions les plus promptes, les plus sûrement exécutées sont celles immédiatement réfléchies par l'axe centrifuge. Or, dues à la faiblesse de l'incitation (Fechner) ou à la

répétition fréquente des mêmes processus, elles mettent en jeu les voies d'aller et de retour sans intéresser l'ensemble de la masse nerveuse; tel l'automatisme de l'habitude. De sorte que la connaissance résulte de la participation plus ou moins complète des mille foyers d'élaboration du cerveau à l'évolution du processus sensitivo-moteur; aussi le caractère de l'acte inconscient est-il d'échapper à la mémoire. Voilà pour la physiologie.

La pathologie de la connaissance est précisément basée sur l'observation d'actes accomplis indépendamment de tout motif. Nous pensons alors que des incitations ont pu se réfléchir sous la forme motrice sans qu'elles soient entrées en rapport avec l'ensemble fonctionnel du cerveau. Le type de l'affection à perte de connaissance est l'*épilepsie*; qu'il s'agisse de l'accès complet, du petit mal ou des troubles mentaux, l'amnésie absolue des patients témoigne de leur inconscience. Par quel mécanisme celle-ci se produit-elle? Comme, à raison de l'intensité des réactions, il n'est guère permis de se rallier à la faiblesse de l'incitation, M. Weiss pense qu'en ce cas c'est la suracuïté de l'excitation qui, dépassant la limite maxima, franchit brusquement le foyer de réflexion centrifuge sans rayonner sur les départements voisins; exemples : l'insensibilité des soldats pendant la bataille, l'amnésie qui succède aux émotions violentes et subites. De là la brusquerie d'explosion et de cessation du complexus symptomatique et la monotonie stéréotypée des accidents chez le même malade, toujours aussi incapable de se souvenir et d'analyser les périodes de l'évolution de sa crise, de les reproduire mentalement. P. K.

XIV. Sur l'action de l'hyoscyamine et sa valeur thérapeutique dans les maladies mentales; par G. Riva. (*Rivista di Freniatria*, 1881, fasc. 1 et 3.)

Voici les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs de ce mémoire :

L'hyoscyamine possède indubitablement des propriétés sédatives et hypnotiques, mais celles-ci ne méritent pas de la faire préférer à d'autres substances d'action analogue, si l'on considère les accidents qui peuvent résulter de l'usage prolongé de l'hyoscyamine (perte de l'appétit, sécheresse de la bouche, gêne de la déglutition; dans un cas hoquet rebelle ne cessant qu'après la suppression du médicament; — mydriase persistant un ou deux jours après l'injection d'hyoscyamine).

Au point de vue de l'action physiologique, les auteurs ont observé la fréquence plus grande du pouls, l'augmentation d'énergie des battements cardiaques, une légère augmentation de température, l'accélération des mouvements respiratoires.

De toutes les formes de maladies mentales, c'est dans la manie récurrente que l'hyoscyamine peut offrir le plus d'avantages; lorsqu'elle est donnée assez à temps, elle peut sinon empêcher le retour des accès, du moins les atténuer beaucoup.

L'hyoscyamine diminue quelquefois l'intensité des accès d'épilepsie et en retarde l'apparition.

On peut l'employer chez tous les malades à qui on ne peut administrer le chloral ni par la bouche, ni par le rectum, ou lorsqu'on veut calmer rapidement les malades trop agités.

Ils administrent l'hyoscyamine en injections sous-cutanées à la dose de 5 milligrammes à 1 centigramme par jour, en une ou deux injections, dans deux cas de manie chronique, ils sont allés jusqu'à 3 centigrammes par jour en trois injections. Ils recommandent de tâter au début la susceptibilité du malade. Ils ont surtout fait usage d'hyoscyamine amorphe qu'ils ont trouvée plus active et beaucoup moins chère que l'hyoscyamine cristallisée. P. M.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 24 avril 1882[1]. — Présidence de M. Dally.

M. le Président fait part de la mort de M. Dagron, aux obsèques duquel la Société a été représentée par M. Motet.

[1] Un accident de mise en pages a reculé la publication de cette séance qui devait paraître dans le dernier numéro des *Archives de Neurologie* (juillet 1882), entre la séance de mars et celle du mois de mai. (N. D. R.)

Souscription pour un buste du Dr Marchant. — La Société décide qu'une souscription sera ouverte parmi les membres et parmi les médecins d'asile pour élever à Toulouse un buste du Dr Marchant, tué par un de ses malades.

Prix Esquirol. — M. Paul Garnier, au nom d'une Commission composée de MM. Baillarger, Mitivié, Lunier et Blanche, lit un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Esquirol. Le rapporteur conclut à récompenser le mémoire portant pour épigraphe : « *Ce qui est vrai certaines fois le sera toujours dans des circonstances semblables.* » (Stuart Mill).

M. le Président procède à l'ouverture du pli cacheté contenant le nom de l'auteur et proclame, comme lauréat du prix Esquirol, M. Paul Gérente, interne à Sainte-Anne dans le service de M. Magnan.

Prix Aubanel. — M. Charpentier, au nom d'une Commission composée de MM. Dagonet, Falret, Legrand du Saulle et Mesnet, lit un rapport sur les mémoires présentés pour le prix Aubanel que se disputaient sept concurrents, MM. Azam, professeur à Bordeaux, Verkamf, Debacker, Régis, Bergeron, professeur à Lille, Marcel Briand et un autre candidat dont le nom était sous pli cacheté.

La Société décide qu'une récompense de 600 francs sera accordée à MM. Azam pour un mémoire sur les *Troubles intellectuels consécutifs aux traumatismes du crâne;* Briand pour une *Etude des altérations du sang dans le Délire aigu;* Régis pour un travail sur l'*Etiologie de quelques formes de la Paralysie générale.*

M. Lasègue demande qu'il soit attribué 1,000 francs, au lieu de 600 francs, à chacun des auteurs récompensés. « Si j'insiste, dit-il, c'est à cause du nombre des concurrents, de l'importance de leurs travaux et pour ne pas décourager les candidats qui se présenteront dans deux ans pour le prix Aubanel. »

M. Legrand du Saulle pense qu'il vaut mieux conserver la somme dont M. Lasègue voudrait disposer dès maintenant pour donner un autre prix l'année prochaine.

M. Lasègue, qui se défend d'avoir voulu attaquer les décisions de la Commission, retire sa proposition après une courte discussion.

Eloge de Marcé. — M. Ritti, prenant ensuite la parole, prononce en termes élevés un remarquable éloge de Marcé. M. B.

Séance du 26 juin 1882. — Présidence de M. Dally.

M. Motet fait part à la Société des renseignements qu'il vient de recevoir sur l'agression dont a été victime le Dr Orange, médecin de l'asile de Broadmoor : « Ce confrère avait fait appeler dans

son cabinet un de ses malades, qui lui lança en arrivant une énorme pierre dont il s'était muni. Le projectile atteignit M. Orange à la tempe et lui fit une blessure assez sérieuse.

M. Voisin, à propos de cet acccident, énumère les noms des surveillantes et des gardiennes de son service qui ont été maltraitées par des aliénées : c'est un hommage rendu aux surveillantes laïques.

Suite de la discussion sur les aliénés criminels. — M. Ritti donne lecture d'une communication de M. Brunet, qui a eu autrefois dans son service, à Evreux, un certain nombre de criminels devenus aliénés après leur condamnation, et, arrivant de Gaillon, où ils avaient été séquestrés pendant la durée de leur peine. Ces condamnés sont une cause de graves désordres dans les services ; ils se font surtout remarquer par des réclamations incessantes, leur insubordination habituelle, leurs dénonciations calomnieuses contre tout le monde, enfin par les menaces d'incendie et de meurtre qu'ils profèrent à chaque instant, et parfois même par les actes de violences auxquels ils se livrent. Leurs instincts pervers, loin d'être atténués par la folie, comme l'a dit M. Christian, sont au contraire exaltés. Il en résulte que ces aliénés criminels, qui demandent une grande surveillance, constituent un élément de désordre au milieu des autres malades, et qu'on est obligé de les placer tous dans des sections d'agités qu'ils encombrent. La construction d'un asile spécial serait un bienfait pour ces individus. On pourrait y mettre aussi certains aliénés *évadeurs*, dont la surveillance est difficile. Un nouveau quartier annexé aux principaux asiles ne remplirait pas le même but.

M. Christian se défend d'avoir émis l'opinion que les instincts pervers, qui ont rendu les individus criminels, étaient le plus souvent modifiés par la folie : il n'a jamais été si affirmatif dans son dire. La communication de M. Brunet, ajoute-t-il, me fournit un excellent argument contre la création d'un asile spécial puisque jusqu'à ce jour, sans qu'il ait été nécessaire de rien changer au mode d'internement, les prisonniers aliénés de Gaillon ont été envoyés à Evreux, où on les a placés dans la section des agités. Ces malades peuvent donc continuer à être traités dans les asiles ordinaires.

M. Motet insiste, de nouveau, sur la nécessité de construire en France un établissement analogue à ceux qui existent déjà en Angleterre, pour soigner les malades dont l'état d'aliénation dure encore après l'expiration de la peine, et qu'on ne peut considérer comme des malades ordinaires.

M. Lasègue demande que la discussion soit mise à l'ordre du jour d'une des plus prochaines séances, pour qu'elle puisse servir à éclairer l'opinion des membres de la Commission extra-parlementaire qui étudie en ce moment la législation des aliénés. —

MM. Lasègue, Dagonet, Legrand du Saulle, Falret sont chargés d'élaborer cette question et de formuler ensuite des conclusions que discutera la Société.

Prix Aubanel et *prix Belhomme*. — MM. Lasègue, Dagonet, Legrand du Saulle, Motet et Christian sont nommés membres de la Commission qui proposera les questions que les candidats devront traiter pour le prix Aubanel et le prix Belhomme.

Suite de la discussion sur le divorce pour cause d'aliénation mentale. — M. Voisin s'étonne que la Société médico-psychologique n'ait pas été consultée par la Commission parlementaire chargée d'examiner la nouvelle proposition de loi sur le divorce. Il regrette que les deux collègues qui ont été appelés à donner leur avis n'aient point obtenu qu'elle fût entendue par cette Commission. M. Voisin pense, qu'en principe, le divorce ne devrait pas être accordé pour cause d'aliénation mentale, quelle que soit la durée de la maladie. Il ne fait exception que pour les cas où, par supercherie, l'un des conjoints atteint d'épilepsie, de folie intermittente, de dipsomanie, ou d'imbécillité, n'aura pas averti l'autre conjoint. Le divorce pourrait encore être accordé si l'un des époux prouve par une enquête que l'autre époux est un de ces ivrognes chez qui les excès alcooliques déterminent la folie.

En tout cas, le divorce, pour l'une de ces causes, ne devrait pas être prononcé sans une enquête et une consultation de cinq médecins, qui ne rédigeraient leur rapport qu'après trois examens au moins de l'aliéné, en mettant quatre mois d'intervalle entre chaque examen. Une semblable Commission ne peut être composée que d'un nombre impair de membres pour qu'une majorité soit toujours certaine : trois médecins n'offriraient pas de garanties d'incorruptibilité suffisantes. Cette dernière proposition soulève des protestations de la part de quelques membres. M. B.

Séance du 17 juillet 1881. — Présidence de M. Dally.

M. Legrand du Saulle annonce qu'une somme de 5,000 fr. vient d'être mise, par le ministère des Beaux-Arts, à la disposition de la Société pour décoration du piédestal de la statue de Pinel. L'architecte a présenté un devis, qui ne dépasse pas cette somme, pour une magnifique ornementation. On y voit en emblème la Science et la Charité.

Suite de la discussion sur les Asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. — M. Falret, rapporteur de la Commission chargée d'étudier cette importante question si souvent mise sur le tapis et si loin encore d'être résolue, avoue son embarras pour formuler des conclusions. La Société, dit-il, compte dans son sein des par-

tisans et des adversaires du système anglais qu'on veut introduire en France, et cependant la Commission n'est composée que de ceux des membres qui déjà ont repoussé la construction de ces asiles. Il nous est donc difficile d'exprimer une opinion qui reflète les sentiments de la Société; nous avons pensé qu'il valait mieux discuter en séance publique chaque point se rattachant à l'organisation de ces établissements, et, pour faciliter votre travail, nous avons formulé sous forme interrogative quatre questions principales sur lesquelles chacun pourra donner son avis. Mais cette étude devrait, il me semble, être précédée d'une question préalable : Y a-t-il lieu, oui ou non, de créer des asiles pour les aliénés criminels?

M. Motet estime qu'il conviendrait tout d'abord d'examiner les types d'aliénés auxquels sont destinés ces asiles. Existe-t-il des individus ayant commis un crime dont ils sont irresponsables, et susceptibles d'en commettre un second, quand ils sont en liberté? Ces gens forment-ils une catégorie spéciale d'aliénés? Si cette catégorie existe, faut-il un asile spécial pour les recevoir? Tels sont les points que la discussion éclairera de suite.

M. Falret. Supposons, si vous le voulez, acquise à la discussion, la nécessité de créer des asiles d'État, il faut alors étudier les mesures législatives particulières s'appliquant à ces nouveaux établissements, et la Commission vous propose de résoudre les questions suivantes qui faciliteront votre travail.

Première question. — A quelle catégorie d'aliénés cet asile serait-il applicable? 1° Aux condamnés seulement? 2° Aux aliénés homicides seulement, ou bien à tous les genres de crimes (vol incendie, outrage aux mœurs)? 3° A tous aliénés ayant passé devant les tribunaux ou à certaines catégories seulement? Avant, pendant ou après le procès? 4° A tous les aliénés dangereux venant des autres asiles?

Deuxième question. — Quelles seraient les dispositions spéciales de localités ou de règlements à recommander pour la sécurité intérieure de cet asile spécial?

Troisième question. — Quelles mesures législatives devrait-on proposer pour l'administration, le séjour ou la sortie des malades de cet asile spécial?

Quatrième question. — Quelle serait l'autorité chargée de prononcer sur l'entrée, le séjour ou la sortie de ces malades?

Serait-ce la magistrature, une Commission exclusivement médicale ou une Commission mixte? Comment cette Commission serait-elle composée, et par qui serait-elle nommée?

M. Motet. Une réponse aux différentes questions soulevées par M. Falret exige une étude approfondie; je ne peux donc la faire en ce moment, je resterai sur le terrain des généralités, me réservant de vous apporter plus tard les faits nouveaux qui pourront se présenter

et affirmer mes convictions déjà anciennes sur ce sujet. Je ne saurais trop le répéter, la sécurité sociale doit passer avant l'intérêt individuel : aliéné ou non, tout criminel doit être placé dans des conditions telles qu'il ne puisse pas recommencer à nuire. L'étude des mesures légales et administratives prises actuellement vis-à-vis des aliénés criminels va nous servir à éclairer la discussion.

J'ai été commis récemment à Bicêtre à l'effet d'examiner un individu, qui, d'un coup de sabre, avait blessé un sergent de ville; et quand je me présentai, le malade guéri allait être remis en liberté par le chef de service qui ignorait l'acte commis par l'aliéné ; il n'y avait ni dossier, ni note du commissaire de police, et l'individu venait de Sainte-Anne où il était arrivé, du reste, sans renseignements commémoratifs, avec un simple certificat médical indiquant son état mental, mais ne faisant nullement mention du crime qu'il avait commis. Son état était si peu douteux qu'il n'y avait même pas eu comparution devant le juge d'instruction, et le chef de service de Bicêtre le rendait à la liberté quand je me suis présenté, parce qu'il était guéri. — Je demande si des commémoratifs de cette importance ne devraient pas toujours être communiqués au médecin chargé du malade? C'est pour éviter que de pareils faits ne se renouvellent que nous demandons que les aliénés criminels soient administrés par des règlements spéciaux[1].

M. Legrand du Saulle. — Sans qu'il me soit nécessaire d'une loi spéciale, j'ai toujours établi dans mes certificats de la Préfecture de police tous les renseignements détaillés sur les malades que j'ai eu à examiner.

M. Motet. Des questions financières s'opposent, en province, à ce que toutes les précautions soient prises contre de tels sujets ; ils ne doivent pas rester à la merci du Conseil général ni du Préfet ; c'est l'État seul qui doit en prendre la charge. — Je voudrais encore vous montrer les aliénés dans leurs rapports avec la magistrature pour vous prouver la nécessité de réformer la loi qui les régit. Ainsi, par exemple, un homme commet un vol de 25,000 fr. à l'aide d'un chèque falsifié, s'enfuit à Alger avec une maîtresse et se fait arrêter pour une nouvelle escroquerie. Pendant l'instruction, on apprend par hasard qu'il avait été renfermé trois fois à Sainte-Anne ; c'était un persécuté. Lorsque je l'ai interrogé, il me fit des réponses caractéristiques : on cherchait à l'empoisonner, mais des

[1] Il s'agit d'un malade de notre service, atteint d'alcoolisme, et qui ne présente plus aucun trouble intellectuel. Il s'est emparé du sabre d'un sergent de ville qui venait pour l'arrêter. — En ce qui concerne l'absence de renseignements de la Préfecture de police, elle est très regrettable. Comme rapporteur du service des aliénés au Conseil général, nous avons demandé que ces renseignements fussent toujours communiqués aux médecins. Nous n'avons rien obtenu jusqu'ici : c'est à ecommencer. B.

gens qui lui voulaient du bien, lui avaient remis les 25,000 fr. pour faire de très importantes recherches en Algérie. MM. Blanche et Lasègue, qui l'ont vu en même temps que moi, l'ont déclaré irresponsable; mais avant qu'on ne connût complètement son histoire, l'individu était passé devant la chambre des mises en accusation qui avait conclu à son envoi en cour d'assises. Comme, avec la législation actuelle, la chambre des mises en accusation ne peut se déjuger, que va-t-on faire? Enverra-t-on en cour d'assises cet homme irresponsable? Vous le voyez, dans certains cas, l'aliéné n'est pas suffisamment protégé par la loi actuelle; il faut la modifier et ce malade pourra alors passer de nouveau devant la chambre des mises en accusation qui, cette fois, rendra une ordonnance de non-lieu.

M. Lunier connaît un idiot qui attend depuis trente-deux ans sa comparution devant la chambre des mises en accusation.

M. Dagonet n'admet pas qu'en aucune circonstance la magistrature ou une Commission judiciaire quelconque puisse décider s'il y a lieu d'envoyer un aliéné dans un asile. C'est au médecin à statuer, que l'aliéné soit criminel ou non. D'ailleurs presque tous les fous sont susceptibles de commettre des crimes ou des délits si les circonstances s'y prêtent; il n'y a donc pas lieu à régir par une nouvelle législation ceux qu'un concours de circonstances aura rendus criminels. Je ne suis pas, en principe, dit-il, absolument hostile à la création d'un asile spécial, mais je juge cette création inutile. En tout cas, je demande que la Commission qui aura à pourvoir d'aliénés ce nouvel asile soit exclusivement composée de médecins. Il peut arriver que pendant un accès délirant consécutif à une fièvre typhoïde ou quelqu'autre maladie aiguë, un malade commette un acte criminel. L'enverrez-vous dans votre asile? — Evidemment non.

M. Delasiauve. Un asile spécial n'aurait sa raison d'être que pour les criminels qui, pendant l'expiration de leur peine, deviennent aliénés; ce sont ceux-là qu'il faut isoler des autres aliénés, qui pourraient se plaindre de la promiscuité. Nous avons déjà Gaillon qui suffit amplement pour eux.

M. Lunier. M. Motet nous a parlé de criminels acquittés comme irresponsables et remis à l'administration, qui peut du jour au lendemain les rendre à la société; il en existe aussi qui n'ont même pas été séquestrés. L'eussent-ils été, leur sortie n'est pas entourée de garanties suffisantes, car tous les médecins n'ont pas la sévérité d'Aubanel et d'Esquirol qui demandaient la séquestration perpétuelle de tout aliéné criminel. La déclaration d'une Commission exclusivement médicale ne suffit pas; je lui préfère l'avis d'une Commission médicale en majorité, mais aussi administrative et judiciaire.

M. Dally fait remarquer à M. Lunier que la question n'est pas là.

M. Lunier insiste pour la création de l'asile spécial, en tirant son principal argument de la promiscuité pénible pour certains malades. Cette promiscuité se fait surtout sentir en province.

M. Dagonet. J'ai dans mon service un paralytique général en démence, condamné à trois mois de prison pour vol d'un chandelier. Croyez-vous que les autres malades aient beaucoup à souffrir de son voisinage? L'enverrez-vous dans un asile spécial?

M. Dally demande à la Société de décider s'il y a lieu de continuer à discuter les mesures administratives et judiciaires qu'il conviendrait d'adopter dans le cas où l'on créerait des établissements particuliers pour les aliénés dits criminels. — La Société répond affirmativement par dix *oui* sur dix-huit votants. La discussion portera sur le questionnaire proposé par M. Falret. M. B.

Séance du 31 *juillet* 1882. — Présidence de M. Dally.

Sur le rapport de M. Christian, la Société décide de proposer pour le concours de l'année prochaine les deux questions suivantes :

Prix Aubanel. — Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de notions sur les antécédents? Exposer ces caractères.

Prix Belhomme. — Des moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots.

Suite de la discussion sur les Asiles spéciaux pour aliénés criminels. — M. Billod expose les réflexions suivantes que lui ont suggérées les questions posées par M. Falret à la dernière séance. Ce n'est pas suffisant, dit-il, de créer des asiles spéciaux pour les aliénés criminels, il faut encore pouvoir les maintenir dans ces asiles sans illégalité; la nécessité de réformer la loi découle de cette proposition. J'estime en outre que les familles et même certains malades atteints d'un délire partiel, leur laissant assez d'intégrité intellectuelle pour comprendre leur situation, souffrent de la promiscuité fâcheuse dans laquelle vivent les aliénés ordinaires et les criminels. J'ai connu un persécuté qu'on dut changer d'asile à cause du voisinage d'un autre malade enfermé avec lui à la suite d'un crime. Le malheureux menaçait de se suicider. L'Italie a du reste construit trois asiles destinés uniquement à cette catégorie d'individus. Il ne faudrait cependant pas confondre avec eux les malades dangereux qui n'ont commis aucun crime. Leur place me paraît indiquée dans l'établissement ordinaire et non ailleurs. L'asile central de l'État doit être exclusivement réservé aux criminels, qu'ils aient été condamnés ou non. Ce serait un abus que d'y renfermer les voleurs à l'étalage et autres simples délictueux irresponsables par le fait de leur état intellectuel.

M. Billod passe ensuite en revue les modifications qu'il conviendrait d'apporter à la loi ; on peut les résumer par cette formule : l'autorité judiciaire décidera seule de l'admission ou de la sortie des malades de l'asile central.

M. Dagonet. Nous avons déjà en France l'établissement de Gaillon, qui répond à peu près à l'asile que les Anglais ont créé à Broadmoor; ces deux institutions sont en effet destinées à recevoir des condamnés devenus aliénés, des aliénés non condamnés, mais prévenus de crimes, enfin quelques individus atteints d'aliénation mentale qui n'ont subi ni ne subiront aucune condamnation, mais qui peuvent être considérés comme dangereux. Tous ces aliénés sont soumis a un régime et à des règlements administratifs particuliers. Je ne partage pas l'opinion des médecins qui désirent donner une extension plus grande à une semblable institution, et je me demande même si la mesure qu'ils proposent suffirait à garantir la société aussi efficacement qu'ils le supposent. Je suis plus porté à considérer cette modification de la loi comme une chose contraire à l'équité et sans profit pour personne.

Il est un principe à poser tout d'abord, et dont nous ne devons pas nous écarter, c'est que « l'individu atteint d'aliénation mentale, qu'il subisse ou non une condamnation, est avant tout un malade au même titre que ceux recueillis dans les hôpitaux ordinaires et auquel on doit appliquer les meilleurs moyens de traitement ». L'asile de criminels dans lequel on l'enverrait, pourrait-il, avec ses règlements d'administration et de claustration, offrir des conditions favorables au traitement de l'aliénation mentale ? — C'est au moins fort douteux !

De plus, on se heurterait constamment à des difficultés de pratique, car on n'enverrait dans cet établissement qu'une catégorie de malades dont le choix sera très délicat. Si l'on ne faisait aucune distinction ni classement entre tous les aliénés dits criminels, une institution comme celle de Broadmoor risquerait de contenir une foule d'individus atteints de démence, de paralysie, d'imbécillité, de malheureux tombés dans une sorte d'enfance, gâteux, absolument inoffensifs quoique criminels au point de vue de la loi, et d'autres dont le délire a subi une transformation qui ne peut plus les laisser considérer comme dangereux. Pourquoi enfermer dans une maison soumise à un régime spécial tous ces individus qui ne gênent personne dans nos asiles?

Est-on bien d'accord, d'ailleurs, sur ce que l'on doit entendre sous le nom d'aliénés criminels? Le fait d'avoir commis un acte nuisible fera-t-il considérer le malade comme devant être toujours dangereux? Et d'un autre côté, que d'aliénés n'ont pas commis d'actes regrettables par cela seul que des circonstances indépendantes de de leur volonté les en ont empêchés ! N'est-il pas aussi des faibles d'esprit que la surveillance la plus insignifiante suffit à rendre

inoffensifs? Tous ces cas ont besoin d'être examinés, et il appartient seulement à une Commission compétente, c'est-à-dire exclusivement médicale, de prendre les renseignements désirables et de faire la destinction qui deviendra nécessaire si l'on établit des asiles d'État.

Pendant dix-sept ans, il n'a été envoyé à l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin) que dix-sept aliénés hommes et femmes venant de prisons voisines qui peuvent contenir environ deux mille prisonniers : la plupart de ces malades étaient tout à fait inoffensifs.

Il est encore deux points dont on ne saurait méconnaître l'importance. Le premier, c'est qu'il existe des individus profondément pervertis qui côtoient sans cesse la limite entre le crime et la folie et auxquels le régime de la prison semble seul convenir, car leur promiscuité avec les habitants d'un asile quel qu'il soit devient une source de désordre, de danger ou d'antipathie profonde. Le second point, c'est qu'il existe réellement quelques malades que la forme particulière et heureusement exceptionnelle de leur délire rend véritablement dangereux. Un quartier de sûreté semble indiqué pour ces deux catégories d'individus. Ce quartier existe déjà à Bicêtre.

Je pense, en résumé, qu'il n'y a pas lieu de créer un asile spécial d'aliénés criminels, et qu'il serait préférable de se borner à adjoindre à trois ou quatre des plus importants asiles un quartier de sûreté. Ces quartiers pourraient recevoir chacun une douzaine d'aliénés réputés dangereux. Ils auraient l'avantage de ne pas accumuler un trop grand nombre d'individus nuisibles dans un même établissement; ils permettraient d'en suivre plus facilement l'observation et de faire passer le malade dont l'affection aurait subi une transformation du quartier de sûreté dans une autre division; le médecin restant libre sous ce rapport d'agir comme il le jugerait à propos. La seule autorité compétente pour prononcer sur l'entrée comme sur la sortie du malade ne devrait en tout cas être qu'une Commission médicale; un délégué de la magistrature pourrait à la rigueur en faire partie. Une semblable Commission ne devrait être elle-même qu'un délégation d'une Commission supérieure dite *des aliénés*, nommée à l'élection, devant laquelle viendraient se porter toutes les questions ayant trait à l'aliénation mentale, aux malades qui en sont atteints, à l'organisation des asiles et à l'intérêt professionnel.

M. Legrand du Saulle n'avait pas l'intention d'intervenir; il vient simplement rappeler qu'en 1863, alors qu'il était jeune médecin, il avait adressé au Sénat une pétition pour demander la création d'un asile spécial destiné aux aliénés dits criminels.

Aujourd'hui, ajoute-t-il, que je ne suis plus comme alors « aliéniste en chambre », j'ai une opinion tout opposée. Un jour, alors que je partageais avec M. Falret le service de la Sûreté de Bicêtre, je me pris à penser, qu'après tout, les malheureux enfermés

derrière les grilles n'étaient peut-être pas aussi dangereux qu'on leur en donnait l'air; je me décidai à en laisser sortir un, puis deux puis trois, etc., et j'ai ainsi peu à peu vidé la Sûreté, au grand étonnement de l'administration. Il n'est jamais arrivé d'accidents. Or, savez-vous par qui j'ai remplacé ces malades? — Par les épileptiques indisciplinables des services voisins. MARCEL BRIAND.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET MALADIES NERVEUSES DE BERLIN.

Séance du 9 *mai* 1881. — PRÉSIDENCE DE M. WESTPHAL.

Avant de s'occuper de l'ordre du jour, le Président consacre à la mémoire du professeur Waldenburg quelques paroles de regret.

M. WESTPHAL présente un cas de *maladie de Thomsen*. Il s'agit de cette affection consistant en l'apparition d'une raideur avec courbature généralisée en même temps que l'ensemble des muscles striés s'hypertrophient. Dans la discussion que ce fait soulève, M. BERNHARDT appelle l'attention sur l'observation de Peters (*Deutsche militair-ärztliche Zeitschr*, 3, 1879). Il annonce que l'examen microscopique du tissu musculaire enlevé à son malade pendant la vie a pu être pratiqué par MM. Jacusiel et Grawitz, qui n'auraient rien trouvé d'anormal (communication personnelle).

M. MOELI, ayant vu à Rostock le cas de Thomsen, confirme les descriptions ultérieures des autres écrivains quant à l'excitabilité électrique. Le grand droit de l'abdomen notamment devenait le siège, sous l'influence du courant faradique, de contractions qui duraient jusqu'à trente secondes ; les mouvements passifs, la simple insufflation à la surface des téguments, le contact superficiel de l'éponge excitaient aussitôt la contractilité musculaire.

M. BINSWANGER présente le *cerveau d'un homme de vingt-cinq ans, dément et épileptique dès l'enfance*, dont le développement somatique n'avait présenté aucune anomalie. Les deux tiers supérieurs des circonvolutions ascendantes ainsi que le pied de la première et de la deuxième frontales dans les deux hémisphères sont transformés en portions dures qui présentent à la surface l'éclat du tendon et l'aspect aplati, tandis que les coupes en démontrent la texture fibreuse caractérisée par des rayures indurées. Au microscope, on

constate une couche de tissu conjonctif dont les fibres résistantes enlacent en un feutrage complexe des cellules de genres les plus divers parmi lesquelles il est permis de reconnaître en toute évidence les éléments parenchymateux, appartenant à l'espèce des petites cellules pyramidales ; en somme, peu de conclusions formelles et nulle autre altération dans le reste de l'organe. Rapprochant ces renseignements des relevés anamnestiques et des résultats de l'examen actuel, on peut formuler le diagnostic suivant : Processus encéphalitique survenu au début de la première enfance ou dans le cours de la vie intra-utérine, ayant atteint symétriquement les circonvolutions ascendantes des deux hémisphères et s'étant terminé par la sclérose des parties en question. Confirmation de l'examen nécroscopique à l'état frais, par M. Birch-Hirschfeld, qui a pratiqué l'autopsie. — La sœur de cet idiot présente depuis l'âge de deux ans une parésie de la jambe gauche, et des accès convulsifs datant de sa onzième année. Elle a actuellement vingt-quatre ans. On relève chez elle de l'hyperexcitabilité réflexe, se manifestant par exemple au moindre bruit imprévu par tous les signes de la crainte, accompagnés de crise convulsive incomplète et de torsion de la tête.

M. Westphal appelle l'attention, au cours du débat, sur les altérations de la pie-mère : elle est modérément injectée et ferme au niveau des circonvolutions lésées. Ce sont bien là les modifications qui ressortissent aux processus inflammatoires et permettent de conclure à leur existence ; opinion à laquelle M. Binswanger se rallie également.

Séance du 13 juin. — Présidence de M. Westphal.

M. Westphal procède à la communication annoncée sur *un cas de sclérose latérale primitive à issue insolite*, avec pièces à l'appui. Il s'agit d'une lésion des cordons latéraux (faisceau latéral dans les pyramides et le cervelet) ayant déterminé le syndrome de la paralysie spinale spasmodique, jusqu'au moment où une complication du côté d'un des hémisphères cérébraux (ramollissement) entraînait des manifestations aiguës. Les cordons postérieurs de la moelle n'avaient participé au processus que d'une façon rudimentaire. La publication de cette communication sera d'ailleurs effectuée *in extenso* [1].

Des demandes de MM. Wernicke et Bernhardt fournissent à l'orateur l'occasion de mettre en relief la disparition des cellules parenchymateuses dans les colonnes de Clarke, et son opinion relative à l'indépendance des lésions des cordons postérieurs et du

[1] On en trouvera le résumé aux Revues analytiques.

ramollissement de la région du corps calleux, au moins dans l'espèce.

M. Senator désire qu'on insiste désormais davantage sur les troubles vésicaux, constants en toutes ses observations de paralysie spinale spasmodique.

M. Wernicke rappelle que de vieux auteurs, Roustan, Durand-Fardel, ont décrit déjà des ramollissements du cerveau sans altérations vasculaires.

M. Binswanger, qui a examiné les pièces à l'état frais, a rencontré des cellules granuleuses, mais les vaisseaux étaient intacts. Cette intégrité vasculaire est rare, car bien des cas jadis désignés sous le nom de ramollissement blanc doivent être, en l'absence d'examen microscopique, considérés comme le résultat de phénomènes cadavériques.

M. Westphal pense également que le ramollissement peut être indépendant d'affections vasculaires, les Français l'ayant admis comme tel.

M. Reinhard présente un *cerveau d'idiote*. Une fillette de quatre ans, indemne de prédisposition héréditaire ou autre, convalescente de rougeole, est frappée à ce moment d'apoplexie cérébrale : hémiplégie droite totale, convulsions épileptiformes, aphasie, surdité droite, déchéance intellectuelle. L'électrisation faradique semble déterminer quelque amélioration, mais l'infirmité progresse à nouveau, si bien qu'en somme l'impotence est complète, même pour la station debout ; mobilité des membres supérieurs limitée surtout à droite, phénomènes spasmodiques, rares et peu accusés, atrophie de la moitié gauche de la face, aplatissement du galbe crânien du même côté. On rencontre à l'autopsie une complète adhérence de la dure-mère à la face interne de la calotte crânienne, une atrophie considérable de l'hémisphère gauche, surtout dans les lobes temporaux et occipitaux ; le cervelet du côté droit est également notablement atrophié. A gauche, induration et coloration ambrée de l'extrémité antérieure de la circonvolution de l'hippocampe et d'une grande partie du lobe temporal, moins prononcées dans l'insula ; toute la première circonvolution temporale violette, mollasse, forme une bourse dont la cavité communique avec le ventricule latéral dilaté et n'est, par places, fermée que par la pie-mère ; disparition absolue en cette circonvolution de la substance blanche. Il s'agit par conséquent d'une lésion ayant atteint un cerveau déjà parvenu à son type normal complet. L'asymétrie faciale doit être rapportée à l'ossification prématurée des sutures du côté gauche du sphénoïde (analogue de la sténokrotophie de Virchow). L'aphasie, évidemment due aux lésions de l'insula du côté gauche, rétrocédait plus tard, à raison, soit de l'incomplète altération de la région, soit de la suppléance fonctionnelle de l'organe homonyme

du côté droit. Peut-être la perte de l'oreille droite tient-elle à la lésion du lobe temporal gauche, puisqu'il n'existe ni otite, ni catarrhe de la trompe. Le peu d'atrophie des circonvolutions ascendantes explique l'absence de dégénérescence descendante et de contractures permanentes. Quant à la nature de la lésion, la coloration jaunâtre du lobe temporal démontre qu'il s'était effectué une hémorrhagie.

Au cours de la discussion qui s'engage, discussion à laquelle prennent surtout part MM. Wernicke, Reinhard, W. Sander, M. Wernicke constate l'englobement du lobe occipital dans la zone d'atrophie ; cependant, MM. Reinhard et Sander nient qu'il y ait eu hémiopie. En revanche, l'existence d'une surdité du côté droit, en relation avec une altération du lobe temporal gauche, confirme les toutes récentes recherches de Munk.

Séance du 11 juillet. — Présidence de M. Westphal.

M. Remak *présente un malade* atteint d'une *affection de la protubérance*. L'homme de quarante-six ans, dont il s'agit, offre une complète paralysie de l'oculo-moteur externe du côté gauche, en même temps que le droit interne du côté opposé est en état de parésie, symptômes dont la réunion, aux termes des décisions antérieures de la Société sur ce sujet (séances des 7 février 1876, et 12 juillet 1880), serait pathognomonique d'une lésion homolatérale du noyau de l'oculo-moteur externe dans le pont de Varole. Nystagmus. M. Remak ajoute que, dans l'espèce, la parésie du muscle droit interne est bien moindre que les troubles de la motilité qui ressortissent à gauche à l'atteinte de l'oculo-moteur externe ; il ne saurait être question non plus d'une paralysie conjuguée et encore bien moins de la déviation conjuguée de la tête et des yeux. Intégrité du facial à gauche ; parésie de sa branche buccale à droite ; paralysie du muscle élévateur du voile du palais du même côté. A part l'exagération du phénomène du genou dans la jambe droite contrastant avec l'absence du phénomène du pied des deux côtés, c'est là tout ce qu'il est permis de constater d'anormal. L'orateur conclut à l'existence d'un foyer de ramollissement (sorte d'ictus initial) dans la moitié de la protubérance, siégeant, vu l'intégrité du facial du même côté, un peu plus haut que dans les observations communiquées jusqu'ici. La syphilis étant possible, le malade sera soumis aux injections hypodermiques de préparations hydrargyriques.

M. Richter (de Dalldorf) fournit la démonstration de sa *méthode de conservation du cerveau par dessiccation*. Après avoir minutieusement dépouillé l'organe de la pie-mère, il le place dans de l'alcool plus ou moins concentré selon l'état du tissu nerveux, changeant

ce liquide pour une même quantité fraîche au bout de vingt-quatre heures. Le cerveau est alors lavé à grande eau de façon à ce qu'il ne conserve qu'une consistance moyenne. Après une série d'immersions semblables en rapport avec l'effet que l'on désire obtenir, on plonge la masse dans du vinaigre de bois brut une ou deux fois par jour pendant deux ou trois semaines, l'abandonnant ainsi imprégné à la température de la chambre. L'acide pyroligneux se substitue graduellement dans l'intimité du parenchyme à l'alcool; dès le second jour, le cerveau commence à brunir et à se dessécher dans les zones les plus extérieures jusqu'à ce que, finalement, il acquière une coloration brun foncé et même noire. L'action se continue d'ailleurs durant quelques semaines sans qu'il faille renouveler le bain; la dureté s'accentue à mesure de l'intensité de la coloration. Ce système est également applicable aux cerveaux qui ont séjourné dans le liquide de Müller, dans les solutions de bichromate, à la condition qu'on les lave auparavant à grande eau.

A ce propos, M. Mendel décrit son procédé. Les cerveaux qu'il enlève subissent un premier séjour de douze jours dans une solution concentrée (1/5) d'acide nitrique et d'eau; ils demeurent ensuite vingt-cinq jours dans une solution semblable étendue (1/10) pour être enfin exposés à l'air sec pendant deux mois. A l'instigation de M. Westphal, M. Mendel convient que cette méthode a été employée et décrite par les Français.

M. von den Steinen fait sa communication inscrite à l'ordre du jour intitulée : *Notes de voyage sur quelques asiles d'aliénés de l'Australie et de l'Asie.* L'orateur ne s'est pas contenté de visiter les asiles qui y existent; pendant son voyage autour du monde, d'un an et demi, il a en outre recueilli des renseignements sur le bilan psychiatrique et psychopathique des pays qu'il a étudiés. — Une première question s'impose : *La civilisation a-t-elle exercé une influence directe sur la genèse des psychoses ?* M. V. D. Steinen ne croit pas que les blancs aient apporté aux nègres ou aux hommes de couleur l'aliénation mentale. Il suffit à qui possède les éléments d'investigation scientifiques de chercher résolument pour la constater parmi ces derniers. On entend souvent dire en Amérique que les nègres ne fournissaient pas d'aliénés avant leur émancipation ; or, on devrait plutôt penser qu'à cette époque, d'ailleurs barbare, on ne s'est pas soucié de cette affection. Ainsi, à Cuba, où il reste un assez grand nombre de vieux ménages d'esclaves et où les nègres n'ont que très superficielement subi l'impression de la civilisation, on trouve actuellement pas mal d'aliénés parmi eux. En Chine, l'investigation sur ce sujet est aujourd'hui encore peu soignée, car, à Canton un médecin qui voit à la policlinique chaque année six mille malades n'a rien appris sur les aliénés chinois, tandis qu'à Sydney où les fils du Céleste-Empire sont soumis aux mêmes conditions qu'en leur pays (même genre d'existence, difficultés de la

vie identiques), on a trouvé dans les asiles d'aliénés deux fois plus de Chinois que d'Européens. En revanche, l'aliénation semble être aussi la conséquence naturelle des conditions extérieures. En effet, alors que dans l'archipel de Samoa on a peine à rencontrer des déments et des monomaniaques, cette même race polynésienne, dans la Nouvelle-Zélande, où, peu accessible à la civilisation, elle vit en districts séparés, a donné quinze aliénés aux asiles au cours de l'année 1879. Ce nombre prouve incontestablement qu'il y en a eu davantage.

M. VON DEN STEINEN a visité les *établissements psychiatriques* de *la Nouvelle-Zélande*, de *la Nouvelle Galles du Sud*, de *Java*, des *Indes*, du *Japon*. Voici sa division. Les uns renferment exclusivement ou en majorité des Européens émigrés ou leurs descendants (asiles australiens). Les autres contiennent surtout des indigènes (asiles asiatiques).

A. Les établissements australiens constituent autant de modifications des asiles de la mère-patrie imposées par les exigences du pays et reflètent admirablement le développement des jeunes États. On y suit, par la statistique, les influences pathogénétiques. Au début, par exemple, prédominent les plus fâcheuses disproportions dans la condition des hommes et des femmes, des gens mariés et des célibataires, dans la répartition des âges, des occupations, tous désavantages qui graduellement finissent par être compensés; l'alcoolisme joue de bonne heure un rôle prépondérant. Les détails d'administration sont passibles des mêmes critiques qu'en Europe. La même incertitude règne sur les particularités étiologiques et nosographiques qui relèvent du climat et du genre de vie. En somme, si renseigné que l'on soit d'avance, on est étonné de la rapidité avec laquelle les rivages des mers du Sud ont vu naître une organisation qui ne diffère en rien de celle de l'Europe, au moins dans ses linéaments généraux ; c'est aux médecins anglais qu'il faut en attribuer l'importation. La proportion entre l'ensemble de la population et l'effectif des asiles est la même en Nouvelle-Zélande que sur le continent. Les établissements de Sydney supportent toute comparaison avec les nôtres. Heureux les peuples qui, dénués de traditions historiques, sont libres d'entreprendre constamment sans être obligés de modifier des vieux débris!

A Java, le progrès est patent; on a construit à Buitenzorg, près Batavia, un établissement dont le plan moderne contraste avec les construction primitives et malsaines usitées jusque là.

B. Etablissements pour les indigènes des Indes Britanniques. Le nombre d'aliénés à la charge de l'Etat a considérablement baissé depuis un décret du gouvernement en vertu duquel il n'accepte désormais que les criminels aliénés, les indigents, les psychopathes dangereux ou incurables. Ainsi, pour les six établissements de la

province du Bengale, on notait en 1877 un effectif moyen de 1,416; il descendait en 1879 à 890, soit simplement 0,0137 pour mille de la population totale. La guérison ou l'amélioration porte sur plus de 80 p. 100 de ceux que l'on admet. De tels résultats doivent être attribués, selon les médecins anglais, à la prédominance de psychoses par abus du chanvre indien (manies d'un pronostic favorable). Sur 1,187 malades en traitement, l'étiologie concerne la consommation du chanvre pour 327, les spiritueux pour 40, l'opium pour 10.

Les bâtiments se bornent, en dehors de quelques récents édifices pour bains et latrines, à une série de baraques qui servent de dortoirs et fournissent un abri la nuit, de l'ombre et de la fraîcheur durant quelques heures le jour. La sobriété et le peu de toilette de l'Indien facilitent le fonctionnement administratif et budgétaire. A Bombay, M. V. D. Steinen compta dans une cour destinée aux agités 30 individus vivant et travaillant sans contrainte, absolument nus. Un peu de tabac, quelques douceurs, une séance chorégraphique tous les quinze jours suffisent à leur bonheur. L'asile de Dullunda, près Calcutta, est un modèle de travail; on y tresse, tisse, martelle, pile, moud; quelques bambous et des cordes servent à monter une machine immédiatement utilisée. Aussi, 84 p. 100 des malades sont-ils perpétuellement occupés et chaque travailleur produit-il la valeur de 30 à 36 marks. Quant à tirer un parti scientifique des matériaux d'observation que l'on a chaque jour sous les yeux, cette besogne exigerait, en dehors des connaissances spéciales, des relations intimes avec les aliénés; or, on ne parle pas moins de vingt-trois langues aux Indes et les innombrables castes sociales qu'on y côtoie soulèvent au sein du peuple même des obstacles plus infranchissabes que les différences de nationalités.

Au Japon même, on n'a pu rassembler que bien peu de documents psychiatriques intéressants. Les confrères allemands qui y sont fixés ont une très faible expérience à cet égard; les opinions des uns et des autres sont de plus diamétralement opposées sur les plus simples questions; telles les formes de l'hystérie, de l'épilepsie, la genèse de la manie, du delirium tremens (excès d'eau-de-vie de riz). Kioto possède un établissement de quatre-vingt-un malades construit d'après un plan européen et dirigé par des médecins japonais; on y perçoit ici le charme, la simplicité, la propreté; là, l'incurie et l'infection de la négligence de sorte qu'il semble être un mélange des excellentes intentions européennes et de l'indolence enracinée des Asiatiques.

M. Westphal interroge le voyageur sur l'existence de la paralysie générale dans les pays visités par lui. M. V. D. Steinen répond que cette maladie, peu connue à Java, aurait été observée parmi les nègres.

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. Westphal.

M. Remak ramène à la Société le malade présenté par lui dans la séance de juillet dernier. Le traitement mercuriel sous forme de friction a en trois mois déterminé la guérison des accidents oculaires ; il ne reste plus que de la parésie dans le domaine du facial, à droite, ainsi que la paralysie de l'élévateur du voile du palais de ce côté. L'exagération du réflexe rotulien a également persisté.

M. Bernhardt ne veut pas laisser passer ce fait sans appeler l'attention sur l'observation tout récemment publiée par Hunnius, et de laquelle il résulte que la paralysie combinée des muscles de l'œil ne signifie pas nécessairement qu'il y ait lésion du noyau de l'oculo-moteur externe ; un foyer peut exister dans la protubérance, à cette place, sans que le noyau du nerf en question soit directement atteint.

M. le Secrétaire soumet à l'assemblée une brochure que lui envoie à titre de don M. Hirschfeld, de Dantzig. Elle est intitulée : *Ophélie... à la lumière de la science médicale...*

M. Wesphal présente de nouveau le malade que M. Remak montrait à la séance du 8 mars 1880. On en trouve l'observation dans le n° 22 du *Berlin. Klin. Wochenschr*, 1880, sous ce titre : « Un cas d'ataxie locale des extrémités supérieures avec éphidrose unilatérale du même côté ». M. Remak avait diagnostiqué une sclérose d'origine syphilitique (le malade avait eu cette affection jadis), siégeant dans la moitié postérieure droite du renflement cervical de la moelle, plus tard compliquée de dégénérescence secondaire dans les deux cordons postérieurs. Aujourd'hui, on est évidemment en présence d'un tabétique (démarche caractéristique, ataxie, etc.) et en même temps on observe dans la région du nerf cubital gauche l'expansion des troubles de la sensibilité auparavant limités à droite. Inanité du traitement anti-syphilitique.

M. Remak rehausse encore les particularités d'une telle évolution en insistant sur cette ataxie très prononcée du membre supérieur droit, qui persiste plus de cinq ans et se montre en quelque sorte indépendante des autres manifestations.

M. Wernicke présente à la Société une *modification des rhéostats à manivelle coudée ordinaires*. Ce nouvel appareil permet, sans grande perte de temps, quelle que soit l'installation instrumentale, de passer des unités aux dizaines, voire aux centaines *ad libitum* et *vice versa*. Il comble une lacune qui se faisait du reste principalement sentir pour le traitement des bourdonnements d'oreilles et des névralgies de la cinquième paire. C'est M. W.-A. Hirschmann, de Berlin, qui l'a construit.

M. Westphal communique un cas de *lésion corticale avec hémianopsie.* M. Wernicke fait ressortir la description qu'il a donnée de ces formes morbides et dans son *Traité des maladies du cerveau* et dans le fait présenté par lui à la Société médicale de Berlin ; il s'agissait notamment dans l'espèce d'une lésion de l'écorce avec les troubles caractéristiques de sensibilité et de motilité du côté opposé. Il a, de plus, eu l'occasion tout nouvellement d'observer quelque chose de semblable chez un malade atteint d'un abcès dans le lobe occipital gauche. Cet abcès avait pénétré jusqu'à la substance blanche du lobe pariétal et de la pariétale ascendante du même côté.

M. Westphal insiste sur l'*autopsie* de son malade qui, *pour la première fois,* démontre que les altérations des *régions de l'écorce peuvent entrainer* semblable symptomatologie et particulièrement une *hémianopsie homo-latérale.*

Telle est aussi l'opinion de M. Hirschberg, qui fait remarquer que, dans les cas connus jusqu'à ce jour, on avait toujours trouvé la substance blanche concurremment lésée. — Aux questions que lui adresse M. Sander, M. Westphal répond que l'hémisphère droit était intact, que le malade n'avait eu aucune hallucination de la vue, mais que longtemps avant sa dernière affection il se pourrait qu'il eût été atteint de delirium tremens.

Séance du 12 décembre. — Présidence de M. Westphal.

Avant qu'on ne s'occupe des communications inscrites à l'ordre du jour, M. Bernhardt montre à ses collègues le maniement d'une batterie portative à courants continus, construite par M. Reiniger, d'Erlangen.

M. Richter, de Dalldorf, procède ensuite à sa communication annoncée : *Des caractères propres aux lésions de l'écorce du cerveau.* Le malade, qu'il eut l'occasion de suivre à l'asile de Dalldorf, présenta successivement : en 1878, des douleurs dans le membre inférieur gauche ; au mois d'avril 1881, du myosis du même côté, de la fréquence du pouls contrastant singulièrement avec une faible élévation thermique ; au mois de mai de la même année, des troubles dans l'innervation du facial également à gauche. On notait en juin des convulsions cloniques dans les deux extrémités gauches avec contractions dans le domaine du facial homologue et torsion de la tête à droite, qui cédaient bientôt la place d'abord à de la raideur, enfin à une complète paralysie de la motilité et de la sensibilité de tout ce côté. Intégrité absolue du côté droit. Hyperthermie et fréquence du pouls exagérée. Le patient meurt trois jours et demi après l'attaque. L'autopsie décèle simplement deux zones nettement limitées d'infiltration (syphilitique) siégeant à la

convexité, du côté gauche. L'une d'elles occupe la région supérieure de la scissure parallèle frontale (sulcus præcentralis) du côté gauche; la seconde se trouve au milieu de la circonvolution de l'ourlet du même côté. Il était indiqué de rechercher avec soin le mode d'entrecroisement des fibres nerveuses; malheureusement la substance blanche du cerveau avait été trop maltraitée par le couteau pour que l'examen pût, dans l'espèce, fournir des résultats.

M. Wernicke fait remarquer l'exsudat gélatineux de la pie-mère, d'ailleurs noté par M. Richter. Celui-ci exclut néanmoins l'idée d'une méningite, à raison de la non-adhérence de cette membrane au cerveau. Or, les manifestations relatées témoignent d'une irritation cérébrale avec laquelle les lésions décrites n'ont rien à voir.

M. Remak rappelle que des phénomènes semblables ont été décrits par Fürstner à la suite de la pachyméningite hémorrhagique. M. Binswanger se range à l'opinion d'une paralysie générale. Il est facile d'expliquer en un cas de démence paralytique les convulsions qui se montrent à la fin de la vie. La méningite chronique accompagne du reste, comme on sait, souvent la paralysie générale.

M. Richter insiste sur l'absence d'inflammation méningée de la base, de tubercules dans la pie-mère, d'hémorrhagies méningées, de pachyméningite. L'entrecroisement des pyramides ne présentait rien d'anormal à la région médullaire ; une recherche plus approfondie ne put toutefois en être faite. L'impression générale que le malade laissa sur son esprit fut celle, non de la paralysie générale, mais d'une tumeur cérébrale. Pour M. Wernicke, la symptomatologie aussi bien que l'anatomie pathologique mettent hors de doute en l'espèce une lésion généralisée.

M. Richter (de Pankow) communique son travail sur la *Production des conceptions délirantes par les rêves*. Il y rapporte l'exemple d'un homme chez lequel, bien qu'il fût intellectuellement bien développé et qu'il jouît de toute sa raison, l'impression d'un songe qu'il fit développa une conception délirante inébranlable. Un tel accident n'avait été jusqu'alors signalé que chez des faibles d'esprit. Ici, au contraire, les facultés intellectuelles étaient et demeurèrent intactes. La publication du fait sera effectuée [1].

M. Gnauck considère cette observation comme un cas de conception irrésistible dont la répétition a fini par greffer à demeure l'état pathologique en question.

Il s'agit, pour M. Westphal d'une folie systématique primitive qui s'est développée sous la forme aiguë en rêve ou pendant l'état de veille (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, XIII. I.) P. K.

[1] On en trouvera l'analyse minutieuse aux Revues analytiques.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE LÉGALE DE VIENNE

Séance du 12 janvier 1881.

Cette séance est tout entière consacrée à la communication du docteur Pohl, sur l'*ensemble des phénomènes qui concourent à l'hallucination* (processus hallucinatoire). On en trouve la substance dans le *Jahrbücher für Psychiatrie* (III, 2 [1].) Sur la proposition de M. le président Meynert, la discussion que ce mémoire appelle est remise, à cause de l'heure avancée, à un autre jour (séance du 23 février).

Séance du 26 janvier.

M. Hollænder traite de l'*œdème cérébral circonscrit comme cause de symptômes des lésions en foyer.*

La discussion qui s'engage à son sujet met d'abord en lumière deux observations communiquées par le docteur Drozda. En l'une d'elles, il s'agissait d'un individu apporté sans connaissance à l'hôpital et chez lequel on trouva : myosis pupillaire double complet, hémiplégie droite, hoquet incessant, rétention d'urine, glycosurie. Après trente-six heures de coma, ce malade succombait à l'hépatisation du lobe inférieur gauche, et l'autopsie ne décelait, outre les lésions pulmonaires, qu'une transsudation séreuse avec atrophie du cerveau. Les renseignements recueillis ultérieurement démontrèrent que le patient était épileptique. Le second fait concerne une hémiplégie droite, survenue soudain, avec perte de connaissance ; mort en six heures ; simple atrophie cérébrale à l'autopsie.

M. Meynert insiste à ce propos sur les signes cadavériques permettant de conclure à l'épilepsie. Qu'une hyperémie insolite du cerveau, telle qu'en peut produire l'ectasie vasoparalytique consécutive au spasme des vaisseaux cérébraux, s'accompagne d'une atrophie de la corne d'Ammon, et l'observateur est en droit de

[1] Le *Jahrbücher für Psychiatrie* (de Vienne) est un journal publié par la Société dont il est l'organe. Aussi, tous les travaux dont on ne trouvera pas l'analyse à l'article *Société*, parce qu'ils sont imprimés *in extenso* dans le corps de ce recueil, seront-ils l'objet de notre attention dans les Revues analytiques.

conclure à la mort du sujet pendant un accès d'épilepsie. Mais l'on peut également rencontrer l'inverse, c'est-à-dire une anémie considérable, parce qu'il est rare qu'un épileptique possède une irrigation cérébrale moyenne ; les oscillations extrêmes dans l'afflux sanguin encéphalique sont l'apanage de ces névropathes. M. Meynert rapporte aussi un cas d'œdème vrai d'un pédoncule cérébral dans lequel les symptômes notés trois jours avant la mort (paralysie de l'oculo-moteur, paralysie opposée du facial et des extrémités) permirent de diagnostiquer le lieu de la lésion ; ce qui n'implique pas d'ailleurs le diagnostic de l'œdème, personne n'étant en mesure d'affirmer qu'il n'y a pas un rapport nécessaire, impérieux, entre la transsudation et l'inflammation. Quand, par exemple, le cerveau d'un paralytique général nous présente à côté de l'encéphalite chronique (adhérence des méninges à l'écorce) des foyers aigus, il s'agit d'un seul et même processus se montrant à divers stades, et, bien que la périphérie des régions ramollies n'ait pas toujours complètement perdu sa coloration de par l'œdème, on ne saurait exclure la parenté de l'œdème et de l'inflammation. Le diagnostic différentiel de semblables états repose : anatomiquement, sur l'adhérence des méninges à la base ; cliniquement, sur la promptitude avec laquelle apparaissent les phénomènes paralytiques et l'évolution brève qu'ils affectent, tous caractères qui éliminent l'hypothèse d'une tumeur.

M. Meynert présente en outre à la Société le *cerveau d'un typhique* ayant été en proie, dans les derniers jours qui précédèrent sa mort, à plusieurs attaques apoplectiformes. La partie antérieure des hémisphères est revêtue d'une sorte d'enveloppe gélatiniforme remplie de coagula sanguins. Cette pseudo-membrane repose non sur la dure-mère mais sur l'arachnoïde. Il ne s'agit pas là, du reste, d'une pachyméningite, c'est-à-dire d'un processus inflammatoire, mais d'une de ces hémorrhagies marastiques attribuées à l'anémie et à la friabilité vasculaire.

M. le Président clôt la séance en communiquant à l'assemblée la lettre de retraite du Dr Kapsamer et en consacrant à la mémoire du Dr Ludwig Schlesinger quelques paroles d'adieu.

Séance du 23 février. — Présidence de M. Meynert.

Sur la proposition du Président, l'assemblée décide de transférer la bibliothèque de la Société dans la salle de cours de la clinique psychiâtrique de l'hôpital général, de la rendre accessible aux membres de la Société pendant les heures de jour, enfin de permettre le prêt de livres à domicile. Les fonctions de bibliothécaire sont confiées au Dr Grünberg (interne).

M. Fritsch se déclare prêt à collaborer au *Jahrbücher* (annales) de la Société : acquiescement de l'assemblée.

M. Pohl est choisi comme membre du conseil d'administration en remplacement du Dr Effenberger, l'élection du vice-président étant ajournée à la réunion générale.

Le reste de la séance est consacré à la discussion sur le travail de M. Pohl, lu à la séance du 12 janvier.

Séance du 27 avril.

M. Hollænder fait sa communication annoncée *sur la stupeur*, à la lumière d'une observation recueillie à la clinique de Meynert. La publication en sera effectuée *in extenso* dans l'organe de la Société.

La discussion soulevée à cette occasion a trait aux entités psycho-pathiques dans leurs rapports avec la stupeur. Celle-ci, pour M. Meynert, peut émaner des conceptions délirantes, se montrer au milieu de l'immobilité, du mutisme le plus complet et le plus prolongé ; en ces cas, les malades accordent une certaine attention aux mouvements passifs qu'on leur imprime, sans être en état de prendre ou de conserver des poses pénibles. La stupeur pure relèverait d'une suractivité des centres d'adaptation sous-corticaux, l'équilibre étant anormalement maintenu alors que décroît l'activité des hémisphères.

M. Meynert présente à ses collègues une femme de trente-deux ans, célibataire ; *il s'agit de décider dans l'espèce s'il y a ou non psychose,* la personne en question ayant essayé de se tuer. En dépit de toutes les apparences de la mélancolie notées au premier abord, un examen approfondi ne permettait de consigner aucun symptôme morbide proprement dit; évidemment cette humeur noire est physiologique. Le professeur fait remarquer qu'un internement prolongé à l'asile eût pu favoriser sur un pareil terrain la production d'hallucinations et devenir la cause occasionnelle d'une psychose consécutive, dont l'aspect lypémaniaque eût été considéré comme le prodrome. Par conséquent, le placement de semblables sujets dans un asile est absolument contre-indiqué.

M. Pohl fait remarquer à cet égard comment, en des conditions spéciales d'un léger trouble dans la circulation, s'opèrent les transformations de la douleur psychique ou même physiologique en des états mentaux tout différents. Telles ces formes d'aboulie en quelque sorte parétique, ces transitions à la gaieté vraie, ressortissant en somme à la douleur morale. — Il demande en outre au Dr Hollœnder si l'on est en droit d'admettre une stupeur primi-

tive alors que, selon sa conviction, la mélancolie stupide représente un type morbide fixe et bien délimité.

Pour M. HOLLÆNDER, la mélancolie stupide n'existe pas; on désigne actuellement sous ce nom des formes de monomanie essentiellement différentes de la stupeur.

M. MEYNERT ajoute qu'on a écarté la mélancolie avec stupeur par cette raison fondamentale que les malades qu'elle concerne sont aussi bien enclins à sourire ; l'explication du fait gît et dans la nature de leurs hallucinations et dans l'anémie considérable que l'on observe généralement chez eux. Quant à la dépression mentale, il ne faut point oublier que sa forme hypochondriaque précède, comme stade prodromique pur, la monomanie non moins que les sensations d'angoisses qui appartiennent et à l'hypochondrie et à l'hystérie. Toutefois, il importe, dans l'intérêt du diagnostic, d'établir une différenciation tranchée entre l'hypochondrie et la mélancolie. L'association de la stupeur à la mélancolie vraie est d'autant moins surprenante que cette dernière en renferme toujours quelque élément de par les phénomènes d'arrêt qui la caractérisent; si les nuances varient, la parenté est intime entre les deux types nosographiques. La distinction fondamentale réside dans la pathogénie; les hallucinations et la stupeur en général se développent sur un fonds d'anémie, tandis que la mélancolie résulte certainement de processus hyperhémiques.

Séance générale du 25 *mai.* — PRÉSIDENCE DE M. MEYNERT.

La situation financière, présentée par le Dr HOLLER, trésorier-économe, pour l'année 1880-81, se traduit, tous frais payés, par un avoir en caisse de 250 florins 79 kreutzers.

M. FRITSCH, secrétaire, produit son rapport annuel sur les travaux de la Société pendant l'année 1880-81. Les six séances tenues par elle ont été presque exclusivement consacrées à des questions scientifiques. Voici les communications dont elle a pris connaissance :

M. MEYNERT. *Sur les fonctions de l'écorce du cerveau.*

M. FRITSCH. *De l'influence des maladies fébriles sur les psychoses.*

M. POHL. *Du processus hallucinatoire.*

M. HOLLŒNDER. *De l'œdème circonscrit du cerveau comme cause de symptômes des lésions en foyer. De la stupeur.*

Quelques-uns de ces mémoires ont été publiés dans les Annales de la Société, qui ont en outre ouvert leurs colonnes aux travaux suivants, pendant l'année qui vient de s'écouler :

M. MEYNERT. *Contributions crâniologiques à l'étude de la prédisposition psychopathique ;— Fragments tirés des corollaires anatomiques*

et de la physiologie du cerveau antérieur; — Les formes hallucinatoires aiguës de la monomanie exaltée et leur évolution; — Nouvelles recherches sur les ganglions du cerveau et la base de cet organe.

M. Krafft-Ebing. *De l'utilité de la surveillance des autorités dans les asiles d'aliénés de l'Autriche; errements et moyens à employer.*

M. Fritsch. *De l'aliénation mentale. Des diverses formes de l'aphasie dans leurs rapports avec les perturbations psychiques.*

M. Pick. *Contribution à l'étude des hallucinations.*

M. Lechner. *Apport à la pathogénie des hémorrhagies cérébrales dans les formes syphilitiques précoces.*

M. Pasternatzky. *La structure de l'étage inférieur du pédoncule cérébral et de la lamelle du noyau lenticulaire.* (Analyse, t. III, p. 346.) *La question des centres corticaux moteurs.*

M. Schlancenhausen. *Contribution à l'étude de l'aliénation pseudo-aphasique.*

M. Rüdinger. *Le poids du cerveau humain.*

Membres reçus par la Société pendant l'année précédente : MM. Alois Grünberg; Robert de Pfungen; Max Weiss; Alfred Studeny; Arthur Schwarz.

Le Bureau est ainsi constitué pour l'année 1881-1882. *Président :* M. le professeur Meynert; — *Vice-président* : Dr Gauster, — *Trésorier* : Dr Holler; — *Secrétaires* : Drs Fritsch et Hollænder.

Membres du conseil d'administration : Professeur Hoffmann; — Drs Pflüger, Pohl, Wimmer.

MM. Pohl et Schwaab sont chargés de la vérification des comptes.

La séance est terminée par la lecture du travail de M. le professeur Meynert intitulé : *Des sensations et des passions.*

(*Jahrbücher f. Psychiatrie*, III, 3.) P. K.

BIBLIOGRAPHIE

II. *Traité des Névroses*, par A. Axenfeld, deuxième édition, augmentée de 700 pages, par Henri Huchard. Paris, 1882. Germer-Baillière et Cie, éditeurs.

A l'occasion d'une seconde édition du *Traité des Névroses*, d'Axenfeld, M. Henri Huchard vient de faire paraître une œuvre personnelle importante. C'est le sort des ouvrages scientifiques médicaux de

[illegible] la publication du Traité des [illegible] de près de vingt ans. [illegible] des sciences médicales et particulièrement de la [illegible] du traité des maladies du système nerveux [illegible] considérables depuis cette époque [illegible] M. Huchard par le professeur éminent [illegible] à la science [illegible] l'honneur [illegible] aussi [illegible] difficultés. Il y avait surtout deux écueils à éviter [illegible] l'œuvre du maître sous des additions considérables imposées par le progrès de la science, et celui de faire une œuvre [illegible] aux personnes compétentes [illegible]. Pour échapper au premier, M. H. Huchard a pris le parti de conserver au texte d'Axenfeld son [illegible]. « Nous avons pensé [illegible], que le devoir nous commandait de conserver à ce livre tout son originalité, de ne rien changer à ces pages souvent éloquentes et toujours empreintes d'un profond esprit clinique; et dans les additions considérables que les progrès de la science nous ont imposées, nous avons cru qu'il était utile et convenable d'indiquer par un signe facile à reconnaître tous les développements [illegible] que nous revendiquons comme notre propriété, dont nous voulons subir et réclamer la responsabilité entière, puisque, pour notre malheur, la collaboration et les conseils de notre maître nous ont fait absolument défaut. » Le docteur H. Huchard n'a également pas modifié le plan général de l'ouvrage primitif et les anciennes divisions ont été conservées la plupart du temps. Il en résulte bien un peu de confusion; quelques chapitres gagneraient à être fondus ensemble; l'unité de l'œuvre en a un peu souffert. Mais ce sont là des défauts inhérents à la nature même de la tâche entreprise par le Dr H. Huchard, et nous devons reconnaître qu'il les a palliés autant qu'il était possible. Ils sont même largement compensés par l'extension considérable que ce respect de l'œuvre du maître lui a permis de donner à son œuvre personnelle. Nous ne pensons pas que les exigences du lecteur, qui demande à un livre nouvellement paru de n'ignorer aucune des récentes acquisitions de la science, puissent être plus pleinement satisfaites. M. Huchard n'a négligé aucune des ressources que les travaux récemment parus aussi bien à l'étranger qu'en France pouvaient lui fournir. Toutes les observations cliniques, toutes les théories physiologiques, toutes les découvertes anatomiques, qui, de près ou de loin, se rattachent aux névroses, y sont rapportées et discutées à la place qui convient. — Chacun des chapitres forme ainsi une sorte de revue critique du sujet en question, une monographie rapide mais complète. M. Huchard, en outre, s'est astreint à faire suivre son texte d'un nombre considérable d'indications bibliographiques. En même temps qu'un hommage rendu aux travaux du passé, c'est toujours une tâche ingrate dont les travailleurs devront lui savoir gré.

Je ne saurais donner ici un analyse détaillée d'une ouvrage de cette nature. Il suffit d'en avoir indiqué l'esprit général. Je dois cependant signaler les principales additions.

Les chapitres complètement inédits sont ceux des *anesthésies* sous le rapport de la pathogénie, de la *névralgie diaphragmatique*, des *tremblements* en général, de la *maladie de Parkinson*, des *paralysies d'origine viscérale et périphérique*, du *nervosisme chronique* ou *neurasthénie*, etc. Parmi les sujets qui ont reçu des développements considérables, il faut citer : *les névralgies en général et en particulier, la migraine, l'angine de poitrine, le vertige, les spasmes fonctionnels, les contractures, l'épilepsie, la chorée et l'hystérie.* — L'histoire de cette dernière névrose a été plus particulièrement refondue. On y trouvera analysés les plus récents travaux de l'École de la Salpêtrière sur les grandes et les petites attaques convulsives de l'hystérie. S'appuyant sur ses propres observations, l'auteur ajoute un certain nombre de chapitres relatifs à *l'hystérie viscérale*, aux *rapports de l'hystérie en général avec divers états morbides*, aux *troubles vaso-moteurs et sécrétoires de la névrose*, à sa *thérapeutique*, aux *troubles intellectuels*, au *caractère*, aux *mœurs* et à l'*état mental des hystériques*. Cette dernière étude si intéressante a été publiée dans un des derniers numéros des *Archives*, à titre d'extrait[1].

Au sujet de l'hystéro-épilepsie, M. H. Huchard propose de n'appliquer cette dénomination qu'aux cas seulement dans lesquels les deux névroses coexistent réellement chez le même sujet, réservant le nom d'épilepto-hystérie à ceux dans lesquels l'hystérie est seule en cause.

Enfin, le *Traité des Névroses*, en outre de ses richesses au point de vue scientifique, se distingue par ses qualités essentiellement pratiques. Le chercheur et le clinicien y trouveront également leur compte. La thérapeutique y occupe une place importante et le soin qu'a apporté l'auteur de la seconde édition à la révision et au développement de cette partie de l'ouvrage montre assez qu'il n'a pas failli à l'esprit du maître regretté dont il vient si heureusement de continuer l'œuvre prématurément interrompue. Paul Richer.

III. *Des lésions du lobule de l'insula*; par A. Perdrier. Thèse de Paris, 1882.

L'auteur conclut de ses recherches cliniques et expérimentales que les lésions absolument localisées au lobule de l'insula se traduisent cliniquement par une hémiplégie portant à la fois sur le bras et sur la jambe. Dans cette hémiplégie, le tronc ainsi que la face ne sont pas intéressés, le bras est beaucoup plus pris que la jambe. Elle ne s'accompagne pas de troubles de la sensibilité.

Ch. F.

[1] *Arch. de Neurol.*; t. III, p. 187.

IV. *Essai sur une forme rhumatismale de la paralysie agitante*; par Vesselle. Thèse de Lyon, 1882.

M. Vesselle, développant les idées de son maître M. Pierret, cherche à établir que la paralysie agitante peut avoir des origines variables, qu'il existe des paralysies agitantes à pathogénies différentes. La variété des formes symptomatiques et des lésions pathologiques montre qu'il existe des formes différentes de la maladie de Parkinson. L'étude des prodromes et des fonctions musculaires, jointe à celle de l'étiologie, permet de croire qu'il est un certain nombre de cas de paralysie agitante d'origine nettement rhumatismale; chez quelques malades en effet, le tremblement a été précédé des circonstances qui déterminent ordinairement les affections rhumatismales, et il a existé des douleurs rhumatoïdes plus ou moins nettes. Cette forme de paralysie agitante est susceptible d'être améliorée ou même guérie par le traitement rationnel s'adressant à la diathèse rhumatismale; et le succès du traitement montre bien la nature diathésique des symptômes observés. Les muscles offrent quelquefois une dégénérescence fibreuse plus ou moins avancée ou des indurations plus ou moins marquées.

Ch. F.

V. *Etude clinique sur l'absinthisme chronique;* par L. Gautier. Thèse de Paris, 1882.

Le travail de M. Gautier est basé sur de nombreuses observations recueillies par M. Lancereaux ou dans son service. Il en ressort que l'absinthe provoque une série de désordres qui, tantôt ressemblent à ceux de l'alcoolisme, tantôt en diffèrent soit par leur intensité, soit même par leur nature. La plupart des malades d'hôpital prennent l'habitude de l'absinthe à Paris ou en Algérie, et les individus originaires des départements du Nord y sont plus sujets.

Tous les symptômes de l'absinthisme sont plus ou moins directement sous l'influence du système nerveux. Le caractère des absinthiques offre une remarquable impressionnabilité et une grande variabilité. Ils sont sujets à des rêves analogues à ceux des alcooliques, ou même plus effrayants encore ; ils ont plus souvent que les alcooliques des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Le délire absinthique ne diffère pas du délire alcoolique. Les symptômes les plus caractéristiques de l'absinthisme sont les phénomènes douloureux soit spontanés, soit provoqués. L'hyperesthésie occupe particulièrement les extrémités, la région ovarienne, le rachis; le plus souvent les douleurs périphériques sont symétriques. Plus souvent que l'alcoolisme, l'absinthisme détermine un affaiblissement des membres, pouvant aller jusqu'à une véritable para-

lysie. Les troubles moteurs et sensitifs des extrémités sont remarquables par leur symétrie et leur marche ascendante vers la racine des membres. Les convulsions généralisées sont un symptôme de l'absinthisme aigu; on ne les observe dans l'absinthisme chronique que sous l'influence d'un épisode aigu, ou en conséquence d'une lésion cérébrale. Les troubles digestifs sont analogues à ceux de l'alcoolisme, mais moins prononcés. Les désirs et la puissance génitale sont, chez l'homme, rapidement et profondément compromis. Chez la femme, l'absinthisme paraît rendre la ménopause plus précoce et prédisposer à l'avortement et à la mort des enfants en bas âge. Les absinthiques meurent presque fatalement de tuberculose pulmonaire; il est absolument exceptionnel de les voir arriver à soixante ans. Les lésions anatomiques encore peu connues de l'absinthisme ne diffèrent pas de celles de l'alcoolisme; elles sont caractérisées par une sénilité précoce de tous les organes; dans aucune autopsie il n'existait de cirrhose hépatique, ni d'athérome artériel. CH. F.

VI. *Considérations sur l'hygiène des aliénés*; par L.-A. POMPONNE. Thèse de Paris, 1882.

L'auteur condamne l'institution des asiles de ville telle que l'a préconisée Griesinger. L'isolement qui est la base du traitement de la folie ne peut produire de bons résultats que dans les asiles de campagne, où les malades se trouvent en même temps dans des conditions hygiéniques meilleures. Il conclut à la suppression des quartiers d'hospice pour les mêmes raisons. Il préfère, pour la construction des asiles, le système des pavillons isolés où l'air et la lumière pénètrent plus facilement; cette disposition est d'ailleurs meilleure au point de vue de l'isolement. Les constructions constituées par un rez-de-chaussée et un étage conviennent le mieux aux asiles, parce que les aliénés y jouissent le jour des bienfaits de la liberté au grand air et la nuit d'une habitation salubre. Les cours doivent toujours être à l'extérieur des bâtiments, elles doivent être plantées d'arbres, mesurer une superficie de 1.200 mètres carrés pour une moyenne de 30 malades; elles seront disposées en plan incliné pour faciliter l'écoulement des eaux et ne seront point entourées de murs élevés, mais seulement de sauts-de-loup, qui ont l'avantage de permettre aux malades de jouir de la vue de la campagne environnante. Le rez-de-chaussée doit être uniquement affecté aux divers services de jour. Les dortoirs seront toujours au premier, ils offriront une capacité moyenne de 32 mètres cubes d'air respirable par malade, pour une durée de séjour évaluée à 10 heures; ils ne doivent pas contenir plus de 10 à 12 lits; un cabinet d'aisances sera annexé à chaque dortoir, ce qui permettra

de supprimer les vases de nuit. Les dortoirs seront éclairés par des appareils enchâssés dans le plafond, de sorte que les malades ne pourront pas les atteindre, et les résidus de la combustion s'échapperont par des tuyaux de dégagement. L'infirmerie sera située, comme les dortoirs, au premier étage ; les précautions hygiéniques y seront multipliées. On soignera la ventilation ; le chauffage se fera au moyen de bouches de chaleur ou de calorifères. Elle sera entourée d'une galerie couverte qui servira de promenoir aux malades. Il y aura une annexe réservée aux convalescents. Aux lits plus ou moins compliqués inventés pour les gâteux, l'auteur préfère la caisse remplie de paille, qui est d'un prix peu élevé, se trouve partout et est facilement renouvelable.

M. Pomponne considère le *no-restraint* appliqué d'une manière absolue comme une utopie. Les moyens de contention que l'on doit préférer sont le fauteuil et la camisole ; le manchon et les entraves sont inutiles et dangereux. On ne doit se servir de la camisole pour maintenir le malade dans le décubitus dorsal forcé que dans les cas extrêmes; il vaut mieux camisoler un malade et le laisser aller au grand air que de l'enfermer dans une cellule, même matelassée. Enfin, l'alimentation doit être surveillée avec la plus grande sollicitude, car l'état de la nutrition est de la plus haute importance pour le traitement. CH. F.

VII. *Recherches sur les zones hystérogènes* ; par R. GAUBE, 1882. Thèse de Bordeaux, 1882. O. Doin, éditeur.

Ce travail, fait sous la direction de M. le professeur Pitres, de Bordeaux, et basé sur des observations prises par lui ou dans son service, comble une grande partie des lacunes laissées dans l'histoire des zones hystérogènes. MM. Bourneville et Regnard, dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* et M. Richer dans ses *Etudes cliniques de l'hystéro-épilepsie* n'avaient observé ces zones qu'à la tête et au tronc, et M. Charcot, dans une récente leçon sur l'hystérie chez les jeunes garçons, publiée par nous dans la *Gazzeta degli ospitali* (n°s 59 et 60, 1882), disait qu'on n'en avait point encore observé sur les membres : les observations très circonstanciées de MM. Pitres et Gaube montrent qu'on peut en rencontrer de nettement caractérisées, aussi bien aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. D'une manière générale, les zones hystérogènes sont fréquemment, mais non constamment, symétriques. Leur forme, leur étendue et leur nombre varient avec l'intensité de l'affection. Leur température est la même que celle des régions voisines. L'état de la sensibilité à leur niveau n'est pas constant; chez une même malade, on trouve des zones anesthésiques et d'autres qui sont sensibles. Elles n'ont pas de rapport fixe avec l'hémianesthésie,

sauf pourtant en général quand elles sont unilatérales. La douleur spontanée qui n'est pas constante se montre surtout pendant les prodromes des crises. Quelques malades présentent en même temps que des zones hystérogènes des zones qui sont le siège d'une douleur vague et qui peuvent devenir hystérogènes.

Certaines zones peuvent disparaître et d'autres apparaissent. Une zone exclusivement excito-motrice peut devenir, suivant le degré de la compression, excito-motrice ou frénatrice. Une zone exclusivement motrice peut devenir, selon le degré de la compression, cataleptogène ou excito-motrice, ou encore cataleptogène seulement.

Sous l'influence du froid excessif (pulvérisations d'éther), les zones hystérogènes des membres et des seins ne se conduisent pas de la même façon ; tandis que les premières ne sont pas mises eu jeu, les secondes donnent lieu à attaques. Ni les unes ni les autres ne disparaissent sous l'action du froid ; après comme avant l'action du froid, la compression détermine une attaque. La chaleur ne met pas en jeu l'action des zones et ne les influence en aucune façon. Les piqûres et les frictions cutanées ne déterminent pas non plus l'attaque ; la sensibilité spéciale des zones hystérogènes siège profondément ; il n'y a que la pression qui la révèle.

Les zones hystérogènes des membres ont pour siège les irradiations nerveuses périphériques. La compression des troncs nerveux qui innervent ces zones provoque l'attaque, tout comme la compression de ces zones elles-mêmes. Les zones mammaires comme les zones ovariennes (Charcot, Féré, Baraduc) siègent dans la glande elle-même.

La ligature circulaire qui produit la pléthore veineuse, la bande d'Esmarch, qui amène l'ischémie, font disparaître progressivement les zones hystérogènes ; mais, au-dessus du territoire ischémié, le nerf garde son excitabilité. Tout rentre dans l'ordre avec le rétablissement de la circulation.

Souvent l'application d'un sinapisme fait disparaître la zone ; mais, au dessus, le nerf garde son excitabilité. Quand une zone est unilatérale, l'application d'un sinapisme sur le côté sain la fait disparaître sans transfert. Quelquefois le sinapisme appliqué sur une zone hystérogène fait disparaître la zone symétrique. Une injection sous-cutanée d'eau distillée au niveau d'une zone la fait disparaître ; mais, au dessus, le nerf a conservé son action hystérogène. L'électrisation locale (courants voltaïques ou faradiques) d'une zone l'efface pour un temps, tandis que le nerf conserve au-dessous de la zone son excitabilité. (Des courants faradiques semblent avoir une action plus rapide et plus durable.) Il n'y a que le métal ou le bois æsthésiogène (variable pour chaque malade), dont l'application puisse faire disparaître la zone hystérogène, sans toutefois influencer l'action du nerf. Quand on a produit la réso-

lution par l'éthérisation, l'excitabilité des zones et du nerf disparaît.

Les courants agissant sur la moelle (ascendants ou descendants) et sur le cerveau, font disparaître toutes les zones hystérogènes et l'excitabilité des troncs nerveux qui s'y rendent. Les zones hystérogènes effacées par des actions locales ou générales reparaissent après un temps variable, mais toujours plus long après les actions sur les centres cérébro-spinaux. La fréquence des modifications influe sur la persistance des zones. CH. F.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Tuberculose de la voûte crânienne et tuberculose osseuse; par COUPARD. Thèse de Paris, 1882.

Des périostoses crâniennes dans la période secondaire de la syphilis; par NAUDET. Thèse de Paris, 1882.

Etudes sur l'épilepsie jacksonienne; par GIRARD. Thèse de Paris, 1882.

Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice; par HAREL. Thèse de Paris, 1882.

La maladie et le système nerveux; par CARTIER. Thèse de Paris, 1882.

Des névralgies saturnines; par ROSTAN. Thèse de Paris, 1882.

Etude sur l'épilepsie partielle; par GREFFIER. Thèse de Paris, 1882.

Essai sur les tumeurs du nerf optique; par HUC. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude de l'anesthésie saturnine; par SIGARROA. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude de la névrite ascendante et des paralysies réflexes; par OLLIER. Thèse de Paris, 1882.

Etude clinique sur les troubles intellectuels dans l'ataxie locomotrice progressive; par GRUET. Thèse de Paris, 1882.

On failure of Brain power; by J. ALTHAUS, London, 1882, 2e édit.

Contribution à l'étude de quelques troubles trophiques dans l'ataxie locomotrice; par BÉCHARD. Thèse de Paris, 1882.

Etude sur le poids de l'encéphale dans les maladies mentales; par BRA. Thèse de Paris, 1882.

Du fractionnement des opérations cérébrales et en particulier de leur dédoublement dans les psychopathies; par DESCOURTIS. Thèse de Paris, 1882.

Cliniske Foredrag over nervesygdomme; af A. FREIDENREICH. Copenhague, 1882.

Etude sur la congestion rachidienne de cause menstruelle; par OUDINÉ. Thèse de Paris, 1882.

Des moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle; par Michon. Thèse de Paris, 1882.

Du cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale; par Ch. Bessière. Thèse de Paris, 1881.

De la surdi-mutité; par Lesur. Thèse de Paris, 1881.

Contribution à l'étude du délire ambitieux; par Bachelot. Thèse de Paris, 1881.

On concussion of the spine, nervous shock and other obscure injuries of the nervous system, in their clinical and medico-legal aspects; by J.-E. Erichsen. A new and revised edition, London. 1882.

Des hémorrhagies cutanées liées à des affections du système nerveux, et en particulier du purpura myélopathique; par L. Faisans. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude de l'hémorrhagie méningée expérimentale avec déductions cliniques; par P.-N. Bonnot. Thèse de Paris, 1882.

FAITS DIVERS

Asiles d'aliénés. — M. le Dr Fabre de Parrel, médecin-adjoint à l'asile de Quatremares (Seine-Inférieure), vient de donner sa démission. — M. le Dr Rousselin, directeur-médecin à l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), est admis à faire valoir ses droits à la retraite. — M. le Dr E. Cortyl, directeur médecin de Quatremares, remplacera M. Rousselin à l'asile de Saint-Yon. — M. le Dr Cortyl est remplacé à l'asile de Quatremares par M. le Dr Delaporte, de l'asile de Rennes. — M. le Dr Homery passe de l'asile de Saint-Dizier à l'asile de Rennes. — M. G. Cortyl, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon, est nommé directeur médecin à l'asile de Saint-Venant. — M. Bestière est nommé médecin adjoint de l'asile d'Evreux, en remplacement de M. Lisle, décédé. — M. Martinencq est nommé médecin adjoint à l'asile de Saint-Yon, en remplacement de M. Schils, nommé à Ville-Evrard. — M. Febvré est nommé médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse), en remplacement de M. Longeaud, nommé directeur-médecin à Rodez. — Notre ami le Dr Kéraval est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Yon. — M. A. Guyot, interne de l'asile de Maréville, est nommé médecin adjoint de l'asile de Quatremares, en remplacement de M. Fabre de Parrel, démissionnaire.

Asile-hospice de Villejuif. — Un arrêté du préfet de la Seine vient de prescrire une enquête sur l'avant-projet de l'établissement d'un cimetière spécial pour l'asile-hospice de Villejuif. — On nous a assuré que les travaux de cet asile étaient actuellemeut poussés avec la plus grande activité.

Asile Sainte-Anne. — Les installations balnéaires et hydrothérapiques de l'asile des aliénés de Sainte-Anne sont terminées et vont pouvoir fonctionner prochainement. Elles sont destinées à donner des bains et des douches aux malades du dehors qui vont à la consultation de l'asile clinique (asile Sainte-Anne) et de l'hôpital Cochin, ainsi qu'aux malades des Bureaux de bienfaisance et aux enfants pauvres des écoles voisines.

Asile d'aliénés du Var. — Le préfet du Var donne avis que : un concours est ouvert entre les architectes français pour la confection d'un projet d'asile mixte d'aliénés, à construire dans le département du Var.

Le coût de l'établissement (mobilier non compris) pouvant contenir 600 aliénés assistés ne devra pas dépasser la somme de 1,200,000 francs. Le prix d'un pensionnat pour 60 malades payants n'est pas compris dans le chiffre ci-dessus. Les projets devront être déposés le 30 novembre 1882. Le concours sera jugé par un jury spécial dont la composition est fixée en principe dans la délibération susvisée du Conseil général. Les auteurs des trois projets classés les premiers recevront chacun une prime, savoir :

L'auteur du projet n° 1 une prime de 3,000 francs.
— n° 2 — 2,000 —
— n° 3 — 1,000 —

Les projets primés seront acquis au département, qui conserve toute sa liberté en ce qui concerne l'exécution.

Le programme du concours et le plan du terrain sur lequel doit être construit l'asile seront adressés à toutes les personnes qui en feront la demande à M. le préfet du Var.

Asiles d'aliénés de Bordeaux. — Le concours pour deux places d'internes à l'asile des aliénés de Bordeaux vient de prendre fin. Le jury se composait de MM. Azam, Picot, Desmaison, Compan et Rondot. Ont été nommés : MM. Nicoleau et Quériaud.

Nécrologie. — M. Dagron est décédé le 14 avril à l'âge de 68 ans. Il était médecin directeur honoraire des asiles depuis 1877.

Prix proposé par l'Académie de médecine pour l'année 1883. — *Prix fondé par Mme Bernard de Civrieux.* — Paralysies et contractures hystériques. Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

LES BAINS DANS LES HÔPITAUX ET LES ASILES. — Le 26 juin dernier, dit le *Droit*, Marie Cout..., fille de salle à la Salpêtrière, était chargée de faire un bain à une aliénée agitée, Georges. Après avoir placé cette femme dans une baignoire recouverte du couvercle en cuivre ordinairement employé pour les malades agitées, et après avoir ouvert le robinet d'eau chaude, elle se rendit dans une pièce voisine en oubliant de refermer le robinet. Peu d'instants après, on trouvait la malade morte : elle avait succombé à une congestion pulmonaire produite par l'action de la vapeur et de l'eau brûlante. Marie C... fut immédiatement arrêtée. Elle a comparu le 8 août devant la 9e chambre. M. le Dr Moreau (de Tours), médecin de la Salpêtrière, atteste que la prévenue, attachée à son service, a toujours rempli ses fonctions de la façon « la plus irréprochable » ; il ajoute qu'elle était « soigneuse, bonne et douce envers les malades. » Prenant en considération ces excellents renseignements, et ayant surtout à égard à la longue durée de la détention, le tribunal condamne Marie C... à six jours de prison.

Plusieurs journaux ont fait beaucoup de bruit au sujet de ce triste accident et ont essayé de faire croire qu'il était dû à ce que la baigneuse était une laïque. Ils ont abusé de l'ignorance de leurs lecteurs, car, dans tous les hôpitaux confiés aux religieuses, les *baigneuses* sont des laïques. Malheureusement, les accidents de ce genre sont beaucoup plus fréquents qu'on le suppose en dépit de la plus grande surveillance, et tout récemment nous avons entendu l'un des inspecteurs généraux déclarer qu'il y en avait environ chaque année une dizaine dans les asiles. C'est pour cela qu'on ne saurait trop prendre de précautions dans l'organisation des services des bains. Jusqu'ici, on n'a encore rien trouvé qui donnât une parfaite sécurité.

MUTILATION CHEZ UN MYSTIQUE. — Un curieux cas de mysticisme est signalé dans la ville d'Aumale (Algérie), par les journaux politiques : « Un nommé Chave, tailleur, obsédé depuis longtemps de monomanie religieuse, assistait à la messe lorsque, vers dix heures, il se dirigea vers un confessionnal. Effrayée de son air exalté, une sœur qui se trouvait là était allée chercher un prêtre. Malheureusement, quand celui-ci arriva, il était trop tard. Chave sortait du confessionnal, pâle, défaillant, les mains ensanglantées.

« Le pauvre fou venait de s'infliger le plus cruel supplice. Avec l'énergie que peut seule donner l'exaltation religieuse, il avait pratiqué sur lui-même, *sans autre instrument que ses ongles*, l'opération rendue fameuse par l'infortune d'Abeilard. Chose assez surprenante, Chave n'est point mort, malgré la gravité de ses blessures; il paraît même satisfait de sa résolution. Il espère, dit-il, avoir gagné le ciel en s'affranchissant de ses iniquités ».

Un monument a Darwin. — Dans une séance du Comité exécutif du monument de Darwin, tenue le 30 juin, à la Société royale, Burlington-House, on a annoncé que la souscription totale tant annoncée que promise s'élevait à 62,175 fr. Il a été décidé qu'on élèverait une statue en marbre ; et on a nommé un sous-comité chargé d'étudier la question. On demandera au British-Museum la permission de placer la statue dans la grande salle de la section d'histoire naturelle, South Kensington. Le sous-comité est ainsi constitué : M. W. Bowman, Sir J.-D. Hooker, professeur Huxley, M. C.-T. Newton et Sir H. Pollock. Président, M. W. Spottiswoode, président de la Société royale ; secrétaires honoraires, le professeur Bonney et M. P. Edward Dove. (*British. med. Journ.* 8 *juillet*, 1882.)

L'assassin Guiteau. — Les journaux médicaux américains ont discuté longuement sur la question de savoir si l'assassin du président Garfield devait être considéré comme sain d'esprit ou comme un aliéné, s'il était ou non responsable. On trouvera à ce sujet des articles particulièrement intéressants de MM. Hammond et Beard dans le *Journal of nervous and mental diseases* ; de MM. Falsom et Channing, dans *Boston medical and surgical journal*; de M. Brown, dans le *Journal of psychological medicine*; de M. Stearnes, dans le *Journal of mental science*; de M. Gray, dans le *Journal of insanity*, etc. Il faut dire d'ailleurs que l'autopsie rapportée par le *Progrès médical* (1882, p. 624), d'après le *Medical Record*, n'apporte guère de preuve en faveur de l'une ou de l'autre opinion.

Nouveau Journal. — Nous venons de recevoir le premier numéro de « *The American journal of Neurology and psychiatry* », publication trimestrielle paraissant sous la direction de MM. les docteurs M'Bride, Gray et Spitzka, à New-York, chez l'éditeur Westermann.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Bricon (P). — *Du traitement de l'épilepsie.* (*Hydrothérapie. — Arsénicaux. — Magnétisme minéral. — Sels de pilocarpine*). Un volume in-8° de 263 pages, avec 25 figures dans le texte.— En vente aux Bureaux des *Archives de Neurologie.* Prix : 5 fr. (Pour nos abonnés, 3 fr. 50.)

Buzzard (T.). — *Clinical lectures on diseases of the nervous system.* Un vol. in-8° de 446 page, 1882. London, J. et A. Churchill, 11, New Burlington street.

CARVALLO (D.). — *Heridas de la cabeza. Su relacion con las lesiones localizadas que suelen acompanarlas. — Historia de un caso de histerico-cataleptiforme i ottro de conjestion cerebral con convulsiones i afasia.* Brochure in-18 de 110 pages, 1882. Conception, Imprenta de « Li Libertad catolica ».

FLECHSIG (P.). — *Die körperlichen grundlagen der geistesstörungen*, Brochure in-8° de 36 pages. Leipzig. Verlag Von Veil et compagnie.

HOWARD (H). — *The philosophy of insanity crime and responsability.* In-8° cartonné de 145 pages avec 2 planches hors texte. 1882, Montreal Imp. Dawson brothers.

HUGHES (C.-H.). — *Moral* (affective) *insanity.* (A plea for its retention in medical nomenclature). Brochure in-8° de 14 pages. Presented to the International Congress at London, August. 1881.

JORISSENNE (G.). — *Les mouvements de l'iris chez l'homme à l'état physiologique.* Brochure in-8° de 52 pages, Paris, librairie A. Delahaye et E. Lecrosnier. Prix : 2 fr.

MICKLE (J.). — *Aphasia; some of its varieties. Reprint from the alienist and neurologist* (*April* 1882). Brochure in-8° de 16 pages. London. Dr Julius Mickle.

MORTON (J.).—*A contribution to the subject of nervous stretching.* Extrait du *Journal of Nervous and mental disease* (janvier 1882). Brochure in-8° de 31 pages. New-York.

PRÉVOST (J.-L.). — *Du rôle de la syphilis comme cause de l'ataxie locomotrice progressive* (Revue critique). Brochure in-8° de 22 pages. Genève, librairie Georg.

ROUX. — *Traitement de l'épilepsie et de la manie par le bromure d'éthyle.* — In-8° de 54 pages. En vente aux Bureaux des *Archives de Neurologie.* Prix : 2 fr. (Pour nos abonnés, 1 fr. 35.)

SEGUIN (E. C). — *The efficient dosage of certain remedies used in the treatment of nervous diseases.* Brochure in-8° de 20 pages. 1882. Truair, Smith and Bruce. Syracuse. (N. Y.)

TAMBURINI (A.) et SEPPELLI (L.). — *Allo studio sperimentale dell' ipnotismo nelle isteriche. Communicazione preventiva.* Brochure in-8° de 10 pages. Reggio-Emilia. Tipi di Calderini e Figlio.

WUILLAMIER (T). — *De l'épilepsie dans l'hémiplégie spasmodique infantile.* Un volume in-8° de 192 pages, avec 5 figures dans le texte et 2 planches lithographiées hors texte. En vente aux Bureaux des *Archives de Neurologie.* Prix : 3 fr. 50. (Pour nos abonnés, 2 fr. 50.)

Letters and facts, not eretofore published, touching the mental condition of Ch. Guiteau, since 1865. Brochure in-8° de 32 pages, 1882. Washington, United States Jail.

Thirty-ninth annual report of the managers of the state lunatic asylum Utica for the year, 1882. — Librairie Weed, Parsons and C°.

Le rédacteur-gérant, BOURNEVILLE.

EVREUX. CH. HERISSEY, IMP. — 982

Vol. IV. Novembre 1882. N° 12.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE NERVEUSE

ÉTUDE CLINIQUE DU VERTIGE DE MÉNIÈRE DANS SES RAPPORTS AVEC LES LÉSIONS DES FENÊTRES OVALE ET RONDE;

Par le Dr GELLÉ.

Un individu bien portant s'affaisse subitement dans la rue, ou bien il se sent pris soudain de vertige, de tournoiement tels qu'il n'ose quitter le mur auquel il s'appuie, l'objet auquel il s'est cramponné. Ses jambes se dérobent; le sol s'enfonce sous ses pas; une sueur froide inonde son visage. Chaque fois qu'il tente d'avancer, ou bien il se sent entraîné sur le côté, ou lancé en avant, ou renversé en arrière. Il assiste effaré, terrifié, à cette lamentable anarchie des mouvements et des efforts d'équilibration. Cet état vertigineux cruel aboutit à la chute ou bien lui succède. Si l'accès est subit et terrasse le malade, un état nauséeux, demi-syncopal, précède souvent de longue date l'accès de vertige. Le patient se rend parfaitement compte de ce qui se passe en lui et de son incapacité de se tenir en équilibre. Il ne perd pas connaissance; à peine

t-il quelques secondes de surprise et d'émoi. Ses oreilles sifflent, bourdonnent violemment; enfin, la crise passée, il s'aperçoit qu'il est devenu sourd.

C'est le vertige de Ménière, ou la surdité apoplectiforme des auteurs allemands. C'est un appareil symptomatique d'allure positivement cérébrale, et qui a pu maintes fois causer des erreurs de diagnostic. Les auteurs et de Trœltsch entre autres en citent des plus curieuses. C'est un accident morbide plus fréquent qu'on ne pense, et à mesure qu'on sait mieux le reconnaître les exemples s'en multiplient.

Depuis le travail de Ménière, après les expériences de Flourens et de ses successeurs, les leçons de M. le professeur Charcot, les travaux des élèves de la Salpêtrière, ont beaucoup fait pour en vulgariser la connaissance dans le corps médical.

Les thèses de Voury, de Bonnenfant, de Lhuissier et de Léo, les cliniques de M. Charcot; l'étude récente de MM. Féré et Demars; les leçons professées par Trousseau, Hardy, G. Sée, ont appelé l'attention des médecin sur cette symptomatologie curieuse, éclairé ce diagnostic délicat et pressant, et montré surtout les applications thérapeutiques recommandables dans le vertige. Tout dernièrement encore M. le professeur Charcot a montré tout le parti qu'on peut tirer de l'emploi des agents médicamenteux qui possèdent une sorte d'action élective sur l'organe auditif, et il a institué un traitement précieux de cette cruelle affection. Au point de vue nosologique, il a également prouvé que l'accès apoplectiforme, la forme la plus connue aujourd'hui, n'est point la seule manifestation symptomatique du vertige auriculaire. En

effet, l'état vertigineux durable, l'état nauséeux constant, bien que d'aspect beaucoup moins grave et surtout d'allure moins terrifiante que la forme par attaque. peuvent être des manifestations incontestables d'états anatomo-pathologiques auriculaires identiques ou analogues à ceux qui déterminent l'accès brusque avec ou sans chute sur le sol.

Ménière, Saissy, et après eux Moos, Politzer, puis Voltolini, ont trouvé à l'autopsie de sujets qui avaient été atteints de phénomènes prononcés de vertige avec surdité, des lésions du labyrinthe et surtout des canaux semi-circulaires. C'est le plus souvent à la suite de la méningite cérébro-spinale que ces lésions ont été observés. Ces cas mortels et si nets ne sont point de ceux que j'ai montrés dans ce travail.

En général nos malades, à part les accidents d'équilibration et leurs troubles auditifs, jouissaient d'une santé parfaite. La surdité même ne les préoccupait que tardivement.

Ma thèse pourrait aussi bien s'intituler : « Des lésions de l'oreille moyenne que l'on constate cliniquement en même temps que le vertige de Ménière. » Mais un pareil titre semblerait annoncer des autopsies, des descriptions de pièces et j'ai dit que ce travail est absolument clinique. On sait au reste combien sont incomplètes et insuffisantes les rares autopsies connues de vertige de Ménière. Mais c'est bien pis si l'on veut savoir quelle lésion correspond au vertige qui guérit, celle qui caractérise le vertige apoplectiforme, ou au contraire ce qui cause le vertige durable aux formes multiples et méconnues. Voici par avance une preuve de la multiplicité et de la différence des lésions

étiologiques dans ces cas qui n'entraînent pas la mort.

Il s'agit d'un sujet mort par accident (apoplexie pulmonaire) dans le service de M. Charcot. Il était atteint de vertige de Ménière, dont les accès purent être étudiés pendant assez longtemps par M. Féré. Un énorme bouchon de cérumen solide remplissait le méat; le tympan, enfoncé extrêmement, était méconnaissable; les trompes étaient imperméables; les mouvements de l'étrier étaient nuls, la caisse scléreuse; le labyrinthe d'apparence normale; la fenêtre ronde parut bombée en dehors. Ce court aperçu montre des lésions bien différentes de celles qu'a trouvées Ménière le premier. Le fait qui doit frapper tout d'abord, c'est l'immobilisation de l'étrier, qu'il faut associer dans l'esprit à l'enfonçure extrême de la cloison du tympan et à l'oblitération de la trompe, ses deux causes indiscutables. Le vertige apparaît dès lors comme une manifestation labyrinthique, mais qui a été provoquée par une lésion siégeant hors du labyrinthe.

En face d'un malade atteint de vertige ou tombé étourdi à terre, mais qui se relève en pleine possession de ses facultés, le médecin est actuellement conduit à placer, sinon dans les centres nerveux, que la conservation de la connaissance permet jusqu'à un certain point d'éliminer, mais dans la partie nerveuse de l'organe de l'ouïe que la surdité et les bourdonnements signalent à l'attention, la source du mal et le siège de la lésion qui le produit. L'observateur appuie sa conclusion sur les données de la physiologie expérimentale. Aujourd'hui, la trilogie symptomatique de Ménière indiquerait toujours un état pathologique des canaux semi-circulaires. On sait que le limaçon tout entier a pu

être atteint de nécrose et éliminé, sans qu'on ait observé de troubles d'équilibration. J'ai montré à la Société de biologie que la destruction du limaçon chez le cobaye ne cause aucune altération des mouvements ni de l'équilibre. D'un autre côté, j'ai pu voir complètement guéris du vertige des pigeons sur lesquels on avait, par des lésion des canaux semi-circul aires, provoqué les accidents de déséquilibration, et qui plus tard entendaient parfaitement.

L'expérimentation isole donc bien les fonctions spéciales aux diverses portions de l'appareil labyrinthique. Il ne semble pas que le vertige de Ménière, dans sa constitution ternaire, nous offre une séparation semblable. Aux troubles de l'équilibre s'ajoutent le bourdonnement d'oreille et la surdité ; la lésion des canaux semi-circulaires ne saurait à elle seule tout expliquer. Si le sujet devient sourd, à coup sûr, c'est qu'il a autre chose qu'une altération des canaux semi-circulaires.

Mais la probabilité se change en certitude, si l'on voit le vertige guérir pendant que le sujet reste sourd. Or, c'est un fait d'observation que la surdité est souvent, très souvent la suite et la terminaison du vertige de Ménière, à tel point qu'un moment on a pu croire que le traitement si excellent de M. Charcot n'agissait qu'en hâtant la terminaison par surdité.

Dans l'hypothèse d'une lésion exclusive des canaux, il faudra donc admettre que cette affection a guéri juste au moment où le reste du labyrinthe s'est trouvé privé du fonctionnement. Il y a donc là autre chose qu'une lésion de ces canaux membraneux.

La surdité terminale a frappé quelques bons observateurs, et ils ont conclu qu'il fallait chercher ailleurs

la solution de la question, à moins de faire de tout cela le symptôme d'une labyrinthite. Mais cette opinion est inadmissible, car si la surdité persiste, l'accident vertigineux a disparu : si les canaux sont guéris, comment expliquer que le reste du labyrinthe puisse être envahi par le processus et se trouver détruit?

C'est donc en dehors de l'oreille interne qu'on est conduit à placer le siège de la lésion principale dans le vertige de Ménière, si l'on veut aussi avoir la pathogénie de la surdité et des bourdonnements d'oreilles si caractéristiques que M. Charcot en fait un signe de l'affection et que les malades le reconnaissent comme avant-coureur de leur accès apoplectiforme.

La marche de la maladie de Ménière est bien faite aussi pour donner des doutes. Souvent, l'accès de vertige passe comme un éclair; souvent, il apparaît à de longs intervalles, pendant lesquels le médecin n'est point consulté. Dans les formes les plus graves, où le vertige se répète fréquemment, et se termine par la chute, il existe des périodes franches de calme dans lesquelles l'affection de l'oreille moyenne se trahit souvent et peut être suivie. Dans les otites subaiguës ou chroniques, d'origine pharyngée, l'envahissement de l'organe auditif s'est fait par la paroi labyrinthique d'abord, loin des regards; il n'est pas étonnant que le vertige soit un signe précoce de ces maladies longtemps méconnues, parce que les signes objectifs font alors le plus souvent défaut.

Je ne rappelle que pour souvenir qu'on a pu provoquer le vertige avec chute par de simples injections auriculaires chez l'homme. On sait les expériences de P. Bert sur les lapins. La clinique montre

les conditions anatomo-pathologiques dans lesquelles la production du vertige est à redouter ; de plus, elle permet de constater l'existence du vertige dans des affections auriculaires manifestes et de tout ordre, dans lesquelles l'oreille moyenne est seule envahie, et d'assister à la disparition du symptôme vertigineux, en même temps qu'à la guérison de l'otite ou de toute autre manifestation pathologique de la caisse du tympan. Il y a plus, le vertige a pu être provoqué chez certains individus, qui n'en avaient jamais eu spontanément, bien que l'examen fît découvrir une lésion de la caisse. C'est là un trait de lumière ! Il est possible, en effet, de faire naître chez l'homme des troubles analogues au vertige, et jusqu'à des troubles de l'équilibre, comme on les a produits sur les pigeons.

Il n'est donc pas nécessaire d'admettre l'existence d'une affection préexistante du labyrinthe pour que la production du vertige ait lieu.

Comment expliquer cet accident subit, l'accès de vertige ? quelle excitation soudaine du contenu de l'oreille interne, et par quoi est-elle amenée brusquement ? Si l'on se guide sur les données de l'expérimentation sur les animaux, on trouve qu'en définitive il suffit d'une commotion du contenu du labyrinthe, pour que le vertige naisse ; et qu'il n'est pas indispensable à sa production qu'une augmentation de la pression intra-labyrinthique existe auparavant, comme le pensa Politzer. Dans certaines conditions de relâchement des tissus, cet accroissement de la pression se produit subitement, par un déplacement en dedans de la platine de l'étrier ou de la fenêtre ronde. C'est ainsi que, au moyen d'une poire à air, en poussant le tympan et

tout l'appareil conducteur du son vers la paroi labyrinthique, on peut provoquer le *vertige expérimental* chez l'homme, par une légère commotion du labyrinthe. Il est très admissible qu'un état névrosique particulier, préexistant, est nécessaire pour expliquer la réaction plus énergique, et le trouble plus général. Mais c'est, en définitive, l'intensité, l'ampleur du mouvement imprimé à la platine de l'étrier, qui provoquent aussitôt les phénomènes de déséquilibration. Il y a loin en effet de l'action du choc de l'onde sonore, seul excitant physiologique de l'organe auditif, à l'ébranlement causé par le traumatisme, soit dans les expériences sur les pigeons, soit dans le cas de choc, de coups, etc., reçus sur l'oreille. (Vertige traumatique.)

Mais il est cependant des cas, où l'on voit le bruit seul provoquer le vertige ; où il suffit par conséquent de l'effort d'accommodation, et de protection de l'oreille, et de l'action de son appareil tympanique, pour que la commotion labyrinthique ait lieu. Peut-être, la platine de l'étrier se meut-elle alors en dedans, d'une façon exagérée ; peut-être y a-t-il plutôt un obstacle au déplacement consécutif du liquide labyrinthique ? Et il serait logique d'admettre, avec Duplay, une lésion de la fenêtre ronde, ou près d'elle, l'empêchant de se porter vers la caisse, et concentrant ainsi toute la pression dans la cavité du labyrinthe. Excès de mobilité de l'étrier ou immobilité de la fenêtre ronde, les deux conditions aboutissent à rendre inévitable la commotion des canaux semi-circulaires. (Vertige d'accommodation.)

Cette théorie du vertige de Ménière est satisfaisante, car il existe un trop grand nombre de faits cliniques

où l'on n'a pu avoir la preuve qu'il existât des lésions quelconques de l'oreille interne, bien que les caractères du vertige dit labyrinthique eussent été observés; et par contre, on a vu ce syndrome survenir au milieu de l'évolution d'affections catarrhales de la caisse, et même des cellules mastoïdiennes (Guy, d'Amsterdam), et il n'est pas jusqu'aux affections les plus communes de l'oreille externe, dans lesquelles des observateurs de mérite n'aient rencontré cette symptomatologie. (Féré et Demars : *Note sur la maladie de Ménière*, *Rev. de méd.*, 1881). C'est le vertige réflexe.

Le médecin qui observe le vertige de Ménière, et qui ne découvre rien par l'exploration la plus minutieuse de l'oreille moyenne, et de ses annexes, conclut à une affection de l'organe labyrinthique. Mais, prouver qu'une surdité existe, sans lésion de la caisse, n'est pas chose facile actuellement, et, de l'aveu de tous les otologistes, c'est cependant la clé du diagnostic.

La difficulté est de reconnaître si ce qu'on observe n'est pas le résultat d'une affection des fenêtres ovale et ronde. Divers signes différentiels ont été proposés par les otologistes, pour explorer le labyrinthe. Depuis Bonnafont, les auteurs français ou allemands, se servent pour cela du diapason posé sur le crâne du sujet. Cette expérience est basée sur cette opinion accréditée, que le son du diapason se transmet *directement* par les os au contenu labyrinthique; or, cela est une erreur. J'ai démontré, il y a longtemps, que ce mode de transport du son est inadmissible; et j'ai expérimentalement prouvé en effet que le son solidien, comme les sons, est susceptible d'être modifié, dans son intensité, quand on change l'état de tension, par

influence, de l'appareil de transmission. Savart et Wollaston l'ont montré pour les sons aériens; je l'ai établi pour les sons crâniens ou solidiens.

Les expériences au moyen de pressions centripètes opérées sur le tympan, ne laissent aucun doute à ce sujet, et contredisent formellement l'opinion émise par Bonnafont, Triquet, Lucæ, Politzer, Urbantschistch, etc., que la diminution de la perception osseuse est un bon signe différentiel, entre un affaiblissement de l'ouïe, et un obstacle à l'accès des ondes sonores, (Urbantschistch. *Traité des mal. de l'oreille*, trad. franç., p. 418.)

J'espère modifier l'interprétation de cette expérience, et prouver qu'il est plus exact de dire que la diminution de la perception osseuse, est un signe qu'il existe un obstacle à l'accès des ondes sonores, et que cet obstacle siège au niveau des fenêtres ovale et ronde.

J'ai employé, à l'étude des cas de vertige de Ménière, que je cite dans ce travail, deux nouveaux procédés d'investigation, au moyen desquels je pense rendre possible l'examen des fenêtres ovale et ronde et de la platine de l'étrier. *(A suivre.)*

CLINIQUE MENTALE

DU DÉLIRE DES NÉGATIONS *(Suite)*[1];

Par M. COTARD.

Si le délire des négations paraît se rattacher, dans bien des cas, aux vésanies intermittentes, je dois ajouter

[1] Voir le nº 11, p. 152.

qu'il n'est pas rare de le voir se développer sur un fonds hystérique ; il n'est pas rare non plus de le rencontrer comme symptôme de la périencéphalite diffuse. Le *délire des petitesses* signalé dans cette maladie par le Dr Materne paraît fort voisin du délire des négations et peut coexister avec lui; on en verra un exemple dans les observations qui suivent.

Je divise ces observations en trois catégories : dans la première je range les cas où le délire des négations se présente à l'état de simplicité; dans la seconde, un cas où il est symptomatique de paralysie générale; dans la troisième, les cas où, associé au délire des persécutions, il constitue ces formes d'aliénation complexes qui nous expliquent comment presque tous les auteurs ont confondu dans la même description du délire mélancolique les idées de ruine, de culpabilité, de méfiance et de persécution.

Ces cas mixtes mériteraient une étude spéciale; ils présentent, je crois, en outre des deux ordres de symptômes, quelques caractères particuliers. Les malades se croient plutôt possédés que damnés, se figurent avoir des bêtes ou des diables dans le corps. Esquirol a rapporté des cas de ce genre au chapitre de la Démonomanie ; Fodéré distinguait du délire de culpabilité et de damnation ou *damnomanie,* la *démonomanie* ou possession démoniaque. Cette dernière forme me semble établir une sorte de transition entre le délire de culpabilité et le délire des persécutions.

Première catégorie.

OBSERVATION I. — Mme E..., âgée de cinquante-quatre ans, mariée, mère de famille, est placée le 12 juin 1863 à la maison

de santé de Vanves, après avoir fait plusieurs tentatives de suicide.

Mme E... est dans un état d'agitation anxieuse avec des idées de culpabilité et délire hypochondriaque; elle s'imagine qu'elle a la gorge rétrécie et le cœur déplacé. Pendant les paroxysmes d'agitation, elle pousse des cris et se lamente à haute voix en répétant toujours les mêmes paroles: Tous ses organes sont déplacés, elle ne peut plus rien faire, elle est perdue, elle est damnée.

1864. — Même délire, mêmes paroxysmes anxieux avec répétition continuelle des mêmes phrases stéréotypées. Mme E... est perdue, elle n'a plus de tète, plus de corps; elle est morte. Mme E... pousse des cris perçants, répète les mèmes mots avec rage et dit elle-même qu'elle est enragée; elle s'accroche avec les mains, comme convulsivement, aux objets extérieurs, et, une fois qu'elle les tient, elle ne veut plus les lâcher.

Mme E... voit des fantômes dans les murailles, elle résiste à see besoins naturels, sous prétexte que ce serait sa mort d'y satisfaire, pousse des cris et se livre à des actes violents pour lutter contre la fatalité de sa situation à laquelle personne ne peut la soustraire; les idées de suicide persistent toujours.

Le délire de négation s'accentue de plus en plus, Mme E... n'a ni bras ni jambes, toutes les parties de son corps sont métamorphosées; elle répète que tout est perdu, qu'elle ne peut plus bouger sans s'exposer à tomber en morceaux et elle se raidit convulsivement dans la position assise où elle se trouve habituellement.

La folie d'opposition est à son comble, Mme E... refuse de manger parce qu'elle ne peut avaler, de marcher, parce qu'elle n'a pas de jambes; elle ne veut ni se lever, ni se coucher, ni s'habiller, ni manger, ni marcher, ni aller à la garde-robe; elle se raidit comme une barre de fer pour résister à tous les actes qu'on veut lui faire accomplir, elle pousse des cris dès qu'on veut la toucher et prétend qu'on va la briser comme du verre.

Les années se passent sans apporter aucune modification à ce délire. Mme E... en est arrivée à un état de démence avec grognements, cris inarticulés, et paroxysmes d'agitation; elle conserve toujours la même raideur musculaire et oppose la même résistance à tout ce qu'on veut lui faire faire.

Mme E... a une chute de la matrice et du rectum qu'il est impossible de maintenir à cause des violents efforts d'expulsion qu'elle fait dès qu'on a procédé à la réduction.

Elle succombe en 1878 dans un état de cachexie générale.

Observation II. — Mme E... âgée de soixante-trois ans, placée à Vanves en mai 1868, est dans un état de grande agitation anxieuse; elle s'imagine qu'elle n'a plus rien, qu'elle a ruiné sa famille et qu'on va la mettre en prison. Mme E... est constamment en mouvement, ne peut tenir en place; elle ne cesse de gémir en répétant qu'elle est perdue, ruinée, qu'elle est cause que ses enfants vont mourir de faim.

Elle refuse les aliments sous prétexte qu'elle ne peut les payer; elle se croit atteinte d'une maladie contagieuse et s'imagine qu'elle répand une odeur infecte; elle ne veut se laisser approcher de personne et croit que son contact est mortel: elle s'imagine aussi qu'il y a du poison et des saletés dans ses aliments. Mme E... dit qu'elle ne peut ni manger ni marcher, qu'elle est absolument incurable; elle résiste à tous les soins qu'il faut prendre de sa personne, il faut lutter pour l'habiller, pour la lever, pour la faire promener, pour la nourrir. Mme E... reste habituellement blottie dans un coin, tantôt muette, tantôt poussant un gémissement monotone et répétant qu'elle est un monstre.

Par humilité, Mme E... ne consent à manger qu'à la table des domestiques.

Elle meurt en 1876 sans que le délire ait subi la moindre modification.

Observation III. — Mme S..., âgée de cinquante-trois ans, a déjà eu un accès de mélancolie à forme dépressive et qui n'a pas nécessité son placement. Elle est reprise de délire mélancolique et est amenée à Vanves, à la fin de l'année 1876.

Mme S... est dans un état d'agitation anxieuse extrême; elle se croit coupable et perdue; on va la conduire en prison et elle cherche par tous les moyens possibles à faire des tentatives de suicide. Mme S... entend des voix qui lui disent qu'elle est coupable, qu'elle va être condamnée et conduite en prison; elle croit entendre la voix de son mari et de sa fille qui sont en prison à cause d'elle; elle se lamente sans cesse et refuse les aliments.

1880. Mme S... est toujours dominée par les mêmes idées mélancoliques; elle reste le plus souvent muette et immobile et ne répond pas quand on lui adresse la parole; par moments elle exprime des conceptions négatives tout à fait absurdes. Mme S... prétend que personne ne meurt plus, que personne

ne se marie plus, que personne ne naît plus. Il n'y a plus de médecins, il n'y a plus de préfets, il n'y a plus de notaires, il n'y a plus de tribunaux; autrefois Mme S... priait, mais aujourd'hui c'est inutile, puisque Dieu n'existe pas. Mme S... résiste à tous les soins qu'il faut prendre de sa personne, elle est toujours disposée à refuser les aliments et prétend qu'il y a de la chaux, de la potasse dans tout ce qu'on lui présente.

Mme E... passe toutes ses journées dans le mutisme et l'immobilité. Actuellement (mai 1882) son état reste absolument stationnaire.

Observation IV. — Mme M..., âgée de cinquante et un ans, mariée, mère de famille, paraît avoir toujours été bien portante jusqu'à l'année 1878. Elle fut alors prise d'un accès anxieux avec terreurs; Mme M... voyait du feu, des incendies, se croyait ruinée et s'imaginait qu'on allait la torturer. Au bout de deux mois, elle guérit subitement; mais après quelques semaines elle fut reprise des mêmes accidents et amenée à Vanves dans un état d'agitation anxieuse intense avec gémissements et terreurs continuelles relatives surtout au feu et aux incendies.

Mme M... s'imagine qu'elle est ruinée, qu'on va la torturer, que ses aliments sont empoisonnés, qu'elle est ensorcelée. Elle paraît avoir des hallucinations de l'ouïe et de la vue, prétend qu'il se passe toutes les nuits des choses effroyables dans sa chambre, qu'il y vient des personnages qu'elle ne connaît pas. Mme M... ne veut pas reconnaître son mari ni ses enfants qui viennent la visiter; elle prétend qu'elle n'a jamais été mariée, qu'elle n'a ni père, ni mère, ni mari, ni enfants. A..., sa ville natale n'existe plus, Paris n'existe plus, rien n'existe plus, sa fille est un diable déguisé. Mme M... ne se laisse approcher de personne, se recule avec terreur dès qu'on veut la toucher ou lui prendre la main et répète incessamment : « Ne me faites pas de mal ». Elle nie tout et résiste à tout, il faut lutter pour l'habiller, la déshabiller, la nourrir, etc., et Mme M... déploie une force de résistance étonnante.

Au mois d'août 1881, Mme M... est frappée subitement d'hémiplégie gauche ; le délire n'est nullement modifié. Le membre inférieur reprend incomplètement ses fonctions, mais le membre supérieur se contracture. Mme M... répète constamment les mêmes négations, dit à tout instant : « Ne me faites pas de mal » et résiste opiniâtrément à tout ce qu'on veut lui faire faire.

Actuellement (mai 1882) la situation reste la même à tous égards.

Observation V. — Mme J..., âgée de cinquante-huit ans, placée à Vanves au mois d'août 1879, est dans un état de mélancolie anxieuse qui date déjà de plusieurs mois.

Mme J... s'imagine qu'on va lui couper les nerfs, la rendre sourde, muette et aveugle et lui faire subir toutes sortes de tortures; elle passe des journées entières à gémir et à implorer la Vierge et les saints.

Paroxysmes d'agitation très intenses avec tentatives de suicide. Mme J... refuse les aliments, elle est perdue, damnée; elle est « bourrée de pétrole », on va lui faire subir les plus affreux supplices et cependant elle ne pourra jamais mourir.

Fréquents paroxysmes pendant lesquels Mme J... se roule par terre et fait toutes sortes de grimaces et de contorsions. Mme J... répète constamment les mêmes phrases, souvent tout à fait absurdes et inintelligibles, mais se rapportant à des idées de transformation et d'anéantissement de sa personne et de tout ce qui l'entoure. Mme J... répète : « Il n'y a plus rien, rien n'existe plus, tout est en fer, etc. »; elle est elle-même transformée, elle est un petit poulet, une mouche, elle est un chiffon de laine qui parle, elle n'est plus rien, elle ne mange jamais, elle n'a plus de corps ; les personnes qui l'entourent ne sont que des ombres.

Mme J... résiste à tout, retient ses matières fécales et ses urines, il faut lutter pour l'habiller, pour la déshabiller, etc., et dans ces luttes Mme J... déploie une énergie et une vigueur musculaire incroyables. Actuellement (mai 1882), la situation de Mme J... est toujours la même, son délire ne s'est nullement modifié.

Observation VI. — Mme C..., âgée de quarante-trois ans, mariée, mère de famille, est entrée à la maison de santé de Vanves en novembre 1880. En 1875, à la suite de la mort subite de son père et de l'opération du strabisme faite à son fils, cette dame avait déjà été atteinte d'un léger accès anxieux avec insomnie et bâillements continuels, obsédée par la crainte que son père n'ait été enterré vivant et que son fils ne devînt aveugle par suite de l'opération du strabisme.

Cet état anxieux se dissipa au bout d'un mois. A la fin de mars 1880, nouvel accès, début assez rapide, préoccupations

relatives à des questions d'argent, perplexité et indécision continuelles, insomnie. Mme C... s'accuse et se croit coupable. Au bout de quelques mois, délire hypochondriaque.

Mme C... croit qu'elle n'a plus d'estomac. que ses organes sont détruits et elle attribue cette destruction à un vomitif qui lui a été en effet administré.

A son arrivée à la maison de santé, Mme C... est dans un état de mélancolie anxieuse avec paroxysmes d'agitation maniaque pendant lesquels Mme C... fait des contorsions, des grimaces, se roule par terre et pousse des gémissements. Ces paroxysmes alternent avec des périodes d'immobilité et de mutisme. Mme C... prétend qu'elle a le gosier retiré, qu'elle n'a plus d'estomac, qu'elle n'a plus de sang; elle ne mourra jamais, elle n'est ni morte ni vivante, elle est une personne surnaturelle, sa place n'est ni parmi les vivants, ni parmi les morts; elle n'est plus rien, elle supplie qu'on lui ouvre les veines, qu'on lui coupe les bras et les jambes, qu'on lui ouvre le corps pour s'assurer qu'elle n'a plus de sang et que ses organes n'existent plus.

Cette malade a quitté la maison de santé après deux mois de séjour et est sortie non guérie; j'ignore ce qu'elle est devenue.

Observation VII. — M. A..., âgé de cinquante-trois ans, placé en juillet 1877, à la maison de santé de Vanves, a été frappé de mélancolie après avoir éprouvé de grandes douleurs morales; il a perdu presque en même temps sa femme et un fils.

M. A... s'accuse d'avoir causé la mort de sa femme et de son fils, il est pourri, il a la syphilis, il est perdu, il est damné, il est le plus grand criminel qui ait jamais existé, il est l'Antéchrist, il doit être brûlé en place publique; M. A... est plongé dans une profonde tristesse, il pleure et gémit; il voudrait être mort et fait des tentatives de suicide.

1880. M. A... exprime toujours les mêmes idées mélancoliques de culpabilité, il est l'homme damné destiné à brûler éternellement. M. A... dit que tout son corps est pourri, qu'il n'a pas de sang, qu'il n'a pas de pouls, que son cœur ne bat plus, que sa tête est vide, qu'il n'a pas figure humaine. Il attend la fin du monde, qui est proche.

Actuellement, en mai 1882, la situation est toujours la même, le délire n'est nullement modifié.

Observation VIII. — M. A..., âgé de quarante-huit ans, placé à la maison de santé de Vanves au mois de mars 1879, à la suite d'une tentative de suicide, est dans un état d'agitation anxieuse intense. Il cherche par tous les moyens à se frapper, à se mutiler, à se crever les yeux, à se donner la mort; il ne veut ni manger, ni prendre de médicaments, ni recevoir aucune espèce de soins, parce qu'il se considère comme indigne. Il ne pense qu'à expier ses crimes imaginaires; c'est pour cela qu'il veut se frapper et se tuer; il dit qu'il est tombé dans un abîme d'infamie et qu'il s'y enfonce chaque jour davantage; il supplie qu'on lui donne une corde pour se pendre ou une forte dose de poison.

M. A... ne paraît pas avoir d'hallucinations auditives, mais il a de nombreuses illusions de la vue, il donne un sens mystique aux formes des objets extérieurs, il croit voir des figures d'animaux dans les formes des arbres, etc.

1880. M. A... s'imagine qu'on va le torturer, le plonger dans l'eau glacée, le nourrir d'ordures et d'excréments, il supplie qu'on en finisse en lui donnant de l'acide prussique. Son cerveau est ramolli, sa tête est comme une noisette creuse, il n'a pas de sexe, pas de testicules, il n'a plus rien, il n'est lui-même qu'une « charogne » et demande qu'on creuse un trou pour l'enterrer comme un chien; il n'a pas d'âme; Dieu n'existe pas; par moments M. A... dit qu'il n'a ni femme ni enfants; dans d'autres instants, il demande à les voir et à retourner auprès d'eux. M. A... répète constamment les mêmes phrases et les mêmes supplications : « Tuez-moi, tuez-moi; ne me donnez pas de bain froid, ne me donnez pas de bain froid », etc., qu'il redit pendant des heures entières. Il cherche par tous les moyens possibles à se tuer et à se mutiler; il veut se crever les yeux, s'arracher les testicules, etc. Il se montre également violent et injurieux envers les personnes qui l'entourent. Par moments, M. A... peut parler avec lucidité; il raconte volontiers différents événements de sa vie passée.

En mai 1882, la situation est toujours la même, M. A... répète incessamment qu'il est indigne, ignoble, il veut se faire cireur de bottes, il n'a pas de testicules, il faut le tuer.

Deuxième catégorie.

OBSERVATION IX. — M. C..., âgé de quarante-cinq ans, de constitution robuste, marié, père de famille, ayant toujours mené une existence régulière et laborieuse, n'a fait d'autres excès, dit-on, que des excès de travail. Il restait chaque jour à son bureau jusqu'à deux heures du matin et était levé à sept heures.

Depuis plusieurs années il souffrait de migraines violentes avec vomissements. En 1879, il se plaignit de troubles de la vue, de brouillards devant les yeux; il alla consulter un oculiste, qui, après avoir examiné le fond de l'œil, aurait demandé à M. C... de se tenir en équilibre sur un pied, ce qui fut impossible.

Vers cette époque M. C... commença à faire des chutes fréquentes; souvent il rentrait chez lui en disant à sa femme qu'il avait failli se tuer, qu'il était tombé et qu'on l'avait aidé à se relever. En même temps son caractère commença à s'altérer, il devint sombre, irritable, et parut s'absorber dans une profonde tristesse. Il exprimait de funèbres pressentiments, donnait des conseils à sa femme et lui faisait de minutieuses recommandations au sujet de leurs enfants, comme s'il s'était senti menacé d'une mort prochaine.

Au commencement de décembre 1879, il fit une nouvelle chute dans la rue, rentra chez lui glacé et fut pris d'un tremblement intense avec claquements des dents. Le médecin appelé ne constata, dit-on, aucun mouvement fébrile à la suite de ce frisson. Des frissonnements analogues se seraient reproduits irrégulièrement tous les jours pendant cinq ou six heures. M. C... restait constamment au lit, couvert d'énormes couvertures, et, dès qu'on le découvrait un peu, il était repris de tremblements avec claquement de dents; le sommeil avait complètement disparu.

Après quelques semaines, M. C... quitta le lit, mais il lui fut impossible de reprendre ses occupations. Il restait constamment dans son bureau, muet, inoccupé, immobile, ne recevant personne et renvoyant brusquement sa femme quand elle venait le voir. Par moments, il répétait : « Je suis un crétin », disait à sa femme : « Tu ne veux donc pas me rendre ma vie d'autrefois ? » ou encore : « Je devrais me tirer un coup de pistolet. Je demanderais bien à Dieu de me faire mourir, mais Dieu

n'existe pas ». Une nuit il répéta pendant des heures entières une même série de syllabes incompréhensibles.

Vers le mois de mars 1880, il commença à exprimer des idées négatives tout à fait absurdes ; il disait qu'il n'y avait plus de nuit et refusait de se coucher ; il passait des nuits entières dans son bureau et répondait à sa femme qu'il ne pouvait se coucher puisqu'il faisait encore jour. Il disait qu'il ne mangeait plus, et quelque abondants que fussent les repas, il se mettait en fureur en disant qu'il n'y avait rien sur la table.

Placé à Vanves au mois d'avril 1880, on constate chez M. C... un trouble mental profond. M. C... ne se rend compte ni de l'endroit où il se trouve, ni du temps qui s'est écoulé depuis qu'il a quitté son domicile.

Il est ordinairement calme, silencieux; par moments il prétend que les gens qui l'entourent sont des assassins qui vont l'égorger et il est pris de paroxysmes anxieux pendant lesquels il répète continuellement les mêmes mots d'une voix lamentable. M. C... déclare qu'il ne sait ni où il est, ni qui il est; il assure qu'il n'est pas marié, qu'il n'a pas d'enfants, qu'il n'a ni père, ni mère, qu'il n'a pas de nom. Il prétend qu'il ne mange jamais et cependant il mange énormément. Il est dans un désert où il n'y a personne, et dont on ne peut sortir, car il n'y a plus de voitures, ni de chevaux. Si on lui montre un cheval, il dit : « Ce n'est pas un cheval, ce n'est rien du tout. » M. C... résiste à tous les soins qu'il faut prendre de sa personne; il refuse de se laisser mettre ses habits parce que tout son corps n'est pas plus gros qu'une noisette; il refuse de manger, parce qu'il n'a pas de bouche, de marcher, parce qu'il n'a pas de jambes. M. C... tire ses oreilles et dit qu'il n'a pas d'oreilles, il tire son nez et dit qu'il n'a pas de nez. Souvent M. C... dit qu'il est mort, mais pendant des paroxysmes anxieux, M. C... dit qu'il est à moitié mort et qu'il ne pourra jamais achever de mourir; il prend son bras, sa jambe, son mollet en disant : « Cela ne se décrochera jamais ».

Par moments, M. C... paraît avoir des hallucinations de la vue ; il voit des personnages, des femmes vêtus de blanc, descendre du plafond de sa chambre ; d'autres fois il voit des petits cavaliers hauts de quelques centimètres traverser sa chambre par régiments.

Embarras de la parole, incertitude de la démarche, inégalité pupillaire.

Ces symptômes de paralysie générale deviennent de plus en plus marqués pendant le cours de l'année 1881. Il s'y joint des idées de grandeur que le malade reporte dans le passé.

M. C... raconte qu'autrefois, il était immensément riche, qu'il était le premier avocat de Paris, qu'il était membre de l'Académie française, président de la République; aujourd'hui il n'est plus qu'un petit crétin et du reste il va mourir.

En mai 1882, M. C... en est réduit à un état de démence paralytique; il peut à peine marcher, la parole est presque inintelligible.

Troisième catégorie.

Observation X. — Mme G..., âgée de quarante-deux ans, mariée, mère de famille, a eu il y a plusieurs années de violentes attaques d'hystérie.

Placée une première fois à Vanves, à la fin de l'année 1875, elle est à cette époque atteinte de délire mélancolique avec idées de culpabilité, idées mystiques et paroxysmes d'agitation furieuse. Mme G... se croit possédée du diable, damnée; elle croit qu'elle est enceinte du fait de sa bonne, qu'elle prend pour un homme déguisé.

Mme G... se figure qu'elle doit être transformée en une bête immonde, en scorpion, et dans ses paroxysmes, elle se met à plat-ventre, se livre à toutes sortes de contorsions pour imiter les mouvements du scorpion. Mme G... refuse les aliments, se livre à toutes sortes d'actes désordonnés et de violences envers elle-même et les personnes qui l'entourent; elle entend le diable qui lui parle et elle doit lui obéir.

Dans le courant de l'année 1876, il se produit une amélioration très notable. Mme G... est calme, s'occupe à des travaux d'aiguille, cause volontiers; mais elle est toujours dominée par des idées de culpabilité, se croit adultère, indigne de retourner près de son mari et de ses enfants, et veut faire une confession publique de ses péchés. Elle sort dans cet état de rémission à la fin de l'année 1876.

L'année suivante on est obligé de replacer Mme G..., qui veut absolument faire une confession publique de ses péchés et de ses crimes, dans les rues et dans les églises; Mme G... se considère toujours comme coupable, indigne; elle désire se placer comme domestique et gagner sa vie, car elle ne mérite pas

qu'on dépense de l'argent pour elle; mais de nouvelles idées délirantes viennent compliquer ce délire de culpabilité.

Mme G... se croit magnétisée, s'imagine qu'on peut lire dans ses pensées et que ses pensées peuvent être la cause des plus grands malheurs; elle attribue à sa bonne un pouvoir surnaturel : cette fille, au moyen de procédés magiques et de maléfices, fera entrer son fils dans la maison de santé où il subira des tortures et des mutilations génitales. Mme G... quitte une seconde fois la maison de santé en juin 1879, et est replacée en août 1880; elle s'imagine qu'elle est persécutée par des gens qui ont le pouvoir de lire dans la pensée et qu'elle appelle des *carigrafiers;* ces gens sont acharnés contre elle et contre ses enfants, et ne cessent de répéter les plus affreuses calomnies. Ils vont jusqu'à lui faire dire, à elle, des sottises qui sont ensuite répétées dans tout Paris et dans le monde entier, et qui peuvent faire le plus grand mal à sa famille.

En même temps qu'elle accuse ses persécuteurs et les personnes qui l'entourent, Mme G... s'accuse elle-même; elle est un monstre, elle est damnée; elle a trois perce-oreilles dans le corps et finira par être changée en scorpion; elle n'a déjà plus rien d'humain et est comme une bête immonde. Mme G... voudrait être morte, elle gémit et fait des tentatives de suicide, mais il est trop tard : maintenant elle est immortelle, on pourrait la hacher en petits morceaux sans la faire mourir.

En mai 1882, la situation est toujours la même; cependant les idées de persécution paraissent prédominer de plus en plus, Mme G... accuse les domestiques qui clabaudent et calomnient continuellement; elle est damnée, il est vrai, mais ce sont les médecins qui en sont cause.

Observation XI. — Mme H..., âgée de cinquante et un ans, est placée au mois d'août 1880.

Il y a quinze ans environ, à la suite d'une dysentérie grave, Mme H... a éprouvé une sensation de craquement dans le dos, « son dos s'est décroché ». Depuis cette époque, à quatre ou cinq reprises au moins, Mme H... a gardé le lit pendant neuf à dix mois, une fois plus d'un an. Mme H... prétendait qu'elle ne pouvait se lever, que son dos descendait dans son ventre. Vers le commencement de l'année 1880, Mme H... a commencé à se plaindre que tout le monde lui en voulait, et ces idées de persécution se concentrèrent sur la personne de son gendre; elle

répétait pendant des heures entières : « Pourquoi ma fille a-t-elle donc épousé X...? » Placée à Vanves au mois d'août 1880, Mme H... raconte qu'on lui a jeté un sort; elle est damnée, elle a des animaux dans le ventre, des singes, des chiens, etc.; elle entend des voix qui la poussent malgré elle à des actes violents; elle demande la mort, et cependant elle sait qu'elle ne pourra jamais mourir. Au mois de septembre de la même année, Mme H... quitte la maison de santé dans le même état d'aliénation chronique, pour être transférée dans un autre asile.

J'aurais pu, en outre de ces quelques cas, citer, de seconde main, un assez grand nombre d'observations éparses çà et là et dans lesquelles le délire de négation est signalé, au moins dans sa forme hypochondriaque.

Je me borne à donner les indications bibliographiques suivantes :

ESQUIROL. *Démonomanie.*

FODÉRÉ. *Traité du délire*, t. I, p. 345.

LEURET. *Fragments psychologiques*, p. 121, 407 et suiv. — *Traitement moral*, p. 274, 281.

MOREL. *Etudes cliniques*, t. II, p. 37 et 118.

MACARIO. *Annales médico-psychologiques*, t. I.

BAILLARGER. *De l'état désigné sous le nom de stupidité*, 1843. — *La théorie de l'automatisme* (*Ann. méd.-psych.*, 1856). — *Note sur le délire hypochondriaque* (*Académie des sciences*, 1860).

ARCHAMBAULT. *Annales médico-psychologiques*, 1852, t. IV, p. 146.

PETIT. *Archives cliniques*, p. 59.

MICHÉA. *Du délire hypochondriaque* (*Ann. méd.-psych.*), 1864.

MATERNE. *Th. de Paris*, 1869.

KRAFFT-EBING. *Lehrbuch der Psychiatrie*, obs. II et VII.

COTARD. *Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie anxieuse* (*Ann. méd.-psych.*, 1880).

Je termine ce travail par un tableau synoptique résumant le parallèle entre le délire des négations et le délire des persécutions.

DÉLIRE DE PERSÉCUTIONS.	DÉLIRE DE NÉGATIONS.
Le malade ne présente ordinairement pas le facies mélancolique.	Anxiété, gémissements, angoisse précordiale, etc. ; les malades sont des types de mélancolie anxieuse. D'autres tombent dans la stupeur. Quelques-uns présentent des alternatives de stupeur et d'agitation mélancolique.
Hypochondrie surtout physique au début.	Hypochondrie surtout morale au début.
Le malade s'en prend au monde extérieur, à des influences nuisibles venant des divers milieux et surtout du milieu social. Il ne s'accuse pas lui-même, il se vante plutôt de sa force physique et morale et de l'excellence de sa constitution qui lui permet de supporter tant de maux.	Le malade s'accuse lui-même : il est incapable, indigne, coupable, damné. Si la police ou les gendarmes vont venir l'arrêter et le conduire à l'échafaud, il ne l'a que trop mérité par ses crimes.
Suicide relativement rare.	Suicide et mutilations très fréquents.
Homicide plus fréquent.	Homicide plus rare.
Troubles de la sensibilité très rares.	Troubles de la sensibilité. Anesthésie.
Hallucinations auditives constantes et présentant l'évolution spéciale que l'on connaît.	Hallucinations manquent souvent. Quand elles existent, elles sont simplement confirmatives des idées délirantes. Conséquemment pas d'antagonisme entre le malade et les voix qui lui parlent, pas de dialogue. Quand les malades parlent seuls, c'est pour répéter en forme de litanies les mêmes mots ou les mêmes phrases, adressées aux personnes réelles qui les entourent.
Hallucinations de la vue très rares.	Hallucinations de la vue assez fréquentes.
Hypochondrie morale consécutive; les persécuteurs attaquent les facultés morales, les malades disent qu'on les rend idiots.	Hypochondrie physique consécutive. Les malades n'ont plus de cerveau, plus d'estomac, plus de cœur, etc. Ils sont morts ou bien ne mourront jamais. Transformation de la personnalité. Quelques-uns parlent d'eux-mêmes à la troisième personne.

DÉLIRE DE PERSÉCUTIONS.	DÉLIRE DE NÉGATIONS.
Délire des grandeurs.	Délire de négation et d'anéantissement. Les malades nient tout, ils n'ont ni parents, ni famille; tout est détruit, rien n'existe plus, ils ne sont plus rien, ils n'ont pas d'âme, Dieu n'existe plus.
	Folie d'opposition.
Refus des aliments *partiel,* par crainte du poison. Les malades choisissent parmi leurs aliments et mangent avec voracité ceux qu'ils ne croient pas empoisonnés.	Refus des aliments *total.* Les négateurs refusent parce qu'ils sont indignes, parce qu'ils ne peuvent payer, parce qu'ils n'ont pas d'estomac, etc.
Marche de la maladie, rémittente ou continue avec paroxysmes.	Marche, d'abord franchement intermittente, puis continue.

PATHOLOGIE MENTALE

INVERSION DU SENS GÉNITAL (*Contrâre Sexualempfindung.* Westphal). — *Perverted sexual Instincts.* Julius Krueg). — *Inversione dell' instinto sessuale.* Tomassia Ariggio) ET AUTRES PERVERSIONS SEXUELLES;

Par MM. CHARCOT et MAGNAN (*Suite*) [1].

Si, dans l'observation qui précède, ne tenant compte que des faits relatifs à l'inversion du sens génital, nous négligeons les autres phénomènes neuro-psychopathiques, nous nous trouvons en face de ce que certains auteurs appellent une monomanie instinctive; mais ce n'est point là une entité morbide, ce n'est qu'un

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 7, janvier-février 1882.

épisode d'une maladie plus profonde. C'est un syndrome, une des nombreuses manifestations qu'offrent les sujets désignés par Morel du nom de dégénérés. Les dégénérés, dès l'enfance, portent la marque d'une tare cérébrale qui, chez quelques-uns, peut simplement se traduire par un défaut d'équilibration intellectuelle compatible d'ailleurs, comme chez notre malade, avec l'existence de facultés brillantes.

En résumant l'observation nous trouvons, dès le premier âge, la voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, la recherche des occupations féminines, le désir de ressembler à la femme, de plaire à l'homme, l'idée obsédante de l'homme nu s'imposant plus tard à l'esprit au milieu des études les plus sérieuses; l'onanisme et l'exaltation de l'imagination amenant à la fois un tel état de faiblesse et d'éréthisme génital que l'érection et l'éjaculation se produisent à la vue des organes virils de l'homme, à la vue d'une statue, à la seule idée du pénis de l'homme. Par contre, indifférence absolue pour la femme dont les attouchements, les provocations de toute nature ne peuvent venir à bout d'une invincible frigidité. Tout cela avec une entière conscience de l'état maladif. Telle est cette anomalie sexuelle bien singulière, sans doute, mais dont la bizarrerie peut encore être dépassée dans certains cas, puisque l'instinct sexuel prend pour objectif tantôt le *tablier blanc*, devenu ainsi pour le patient une amante adorée, tantôt les clous de la semelle d'un soulier de femme, tantôt le *bonnet de nuit* coiffant un homme ou la tête ridée d'une vieille femme; le bonnet de nuit, nous le verrons, acquiert des droits tellement souverains que toute approche conjugale est interdite

au malheureux mari, s'il n'évoque dans son esprit cette grotesque image. Toutes ces obsessions, dont la clinique fournit des exemples si variés, ne sont après tout que des modalités symptomatiques d'un même fonds pathologique, et nous devons le répéter, ce serait une étrange erreur d'en faire des états morbides distincts.

Du reste, chez quelques maniaques, on peut parfois observer passagèrement des phénomènes analogues, et nous avons, en ce moment, sous les yeux une femme âgée de trente-trois ans, qui, à plusieurs reprises et pendant des journées entières, voulait faire, disait-elle, comme l'homme ; cherchait à retrousser la robe des surveillantes, les suppliant de cohabiter avec elle ; se montrant, d'autre part, indifférente à l'égard des hommes venus à côté d'elle. Westphal et Krafft-Ebing ont déjà cité des cas de manie et de mélancolie où cette perversion de l'instinct sexuel survenait passagèrement. Si les antécédents héréditaires ne révèlent pas de folie proprement dite chez les ascendants, il n'en reste pas moins des conditions fâcheuses ; l'âge disproportionné du père et de la mère, les bizarreries et les extravagances du grand-père maternel, l'émotivité et les goûts singuliers de la mère, se traduisant de bonne heure, chez le patient, par des impulsions au vol, et plus tard, sans compter l'inversion de l'instinct sexuel, par certaines dispositions d'esprit maladives, par le désir de compter et de recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, les carrés, les petits détails, en un mot, d'une tapisserie, d'un écran, d'un plafond, d'une décoration quelconque. En outre, dès l'âge de quinze ans, les tendances névropathiques s'affirment par des crises convulsives qui semblent tenir de l'hys-

térie, quoique très favorablement amendées par le bromure de potassium. On le voit, la perversion instinctive qui nous occupe n'est qu'une manifestation saillante d'un état psychopathique beaucoup plus profond.

Pour compléter les renseignements sur cette intéressante observation, nous ajouterons que, depuis un an, une amélioration très sensible s'est produite ; les attaques, dont le retour se faisait rarement attendre un mois, ont laissé entre elles un long espace de six mois, du 22 janvier au 22 juillet 1882, et depuis cette dernière date il n'y a pas eu de nouvelle crise.

Une amélioration non moins remarquable a été obtenue pour les symptômes intellectuels. Après de nombreux efforts, M. X... est parvenu, non seulement à substituer, par moments, l'image de la femme à celle de l'homme, mais ses nuits ont été traversées par des rêves voluptueux, ayant la femme pour objet, et, à plusieurs reprises, il a pu tenter avec succès des approches sexuelles. L'obsession, elle-même, est devenue plus rare, et M. X... en est arrivé aujourd'hui à former des projets de mariage. Le traitement hydrothérapique a été continué et, à la médication polybromurée, nous avons depuis six mois ajouté le lactate de zinc.

Dans les écrits de Casper, nous voyons signalée cette anomalie de l'instinct sexuel, sans que l'auteur lui attribue l'importance qu'elle mérite ; toutefois, il fait remarquer que cette disposition est innée[1]. Ce fait, sur lequel Griesinger[2] avait aussi attiré l'attention, est

[1] Casper. — *Ueber Nothzucht und paederastie.* (*Casper's Vierteljahrschr*, 1, 1852).

[2] Griesinger. — *Ueber einen wenig bekannten psychopathischen zustand.* (*Arch. für. psych.*, I, p. 651. Berlin, 1868).

capital, car une disposition native qui enchaîne la volonté, poussant l'individu à des actes qu'il est impuissant à réprimer, doit nécessairement entraîner l'irresponsabilité. Cette donnée est d'autant plus importante à vulgariser, que les magistrats, les médecins légistes qui ont eu à s'occuper d'attentats aux mœurs, et sous les yeux desquels ont passé des individus essentiellement vicieux, ont paru jusqu'ici peu disposés à attribuer à la maladie la part qui lui en revient. Ainsi, Tardieu, consacrant plus de cent pages aux affaires de pédérastie et de sodomie, effleure à peine la question de folie, et, à la fin de son travail, après avoir montré le peu de valeur des excuses émanant des pédérastes : « Il y aurait, dit-il, une attention plus sérieuse à donner à l'état mental de certains individus convaincus de pédérastie, et chez lesquels la perversion morale pourrait atteindre jusqu'à la folie. J'ai dit que l'affaiblissement des fonctions intellectuelles et des facultés affectives pouvait être le dernier terme des habitudes honteuses des pédérastes. Mais il ne faut pas confondre cet état, en quelque sorte secondaire, avec les excès de la débauche et les entraînements de la dépravation. Quoique incompréhensibles, quelque contraires à la nature et à la raison que puissent paraître les actes de pédérastie, ils ne sauraient échapper ni à la responsabilité de la conscience, ni à la juste sévérité des lois, ni surtout au mépris des honnêtes gens[1]. »

On le voit, pour Tardieu la pédérastie tient du vice ; c'est avec une certaine hésitation que cet auteur distingué laisse une porte entre-bâillée à la folie. Et

[1] Tardieu. — *Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, p. 259. Paris 1873.

cependant, sans sortir de la question qui nous occupe, nos dégénérés avec inversion de l'instinct sexuel, en dehors des attouchements et de l'onanisme réciproque, en arrivent parfois à la pédérastie.

L'étude de ces faits ne saurait donc être négligée, puisque en dehors de l'intérêt clinique il s'agit d'éclairer la justice et de défendre des irresponsables. Aussi, est-ce avec la plus grande attention que devrait être examiné l'état mental des inculpés, dès qu'apparaîtrait quelque chose d'insolite dans les procès de ce genre. Cet examen doit être fait avec d'autant plus de soin que les aliénés, poussés à de tels actes, sont habituellement des fous lucides, des individus mal équilibrés chez lesquels les appétits et les instincts, dominant la volonté, poussent irrésistiblement à la satisfaction des besoins maladifs.

Casper[1], dans le procès du comte Cayus, n'avait pas, ainsi que le fait remarquer Westphal, apprécié exactement l'état mental du héros de cette affaire qui, d'après l'observation même et les détails du procès, était un faible d'esprit, un dégénéré. Mais il n'est pas toujours facile de se rendre compte de l'état mental, à en juger par le fameux Karl Heinrich Ulrichs, qui avait écrit tout d'abord sous le pseudonyme de Numa Numantius; on sait, en effet, qu'il a été longtemps substitut, qu'il était très érudit, qu'il n'offrait aucune apparence de désordre intellectuel. En dehors, en effet, de sa perversion instinctive, qui, pour lui, était physiologique et non maladive, l'âme d'une femme se trouvant, disait-il, enveloppée dans le corps d'un homme,

[1] Casper. — *Handbuch der gerichtl. medic.*, Berlin, 1858. *Biolog. Theil*, p. 182..

rien dans ses relations ordinaires ne trahissait son trouble mental[1].

Pour notre malade également, dont on ne saurait contester l'état névro-psychopathique, est-ce qu'il ne passe pas aux yeux de tous pour un homme parfaitement sain d'esprit? L'on serait certainement mal venu de dire à ses auditeurs que le professeur distingué dont ils admirent chaque jour l'éloquence, la logique, le jugement, n'est autre qu'un malade dont le cerveau est torturé par les idées les plus étranges; qui, d'un instant à l'autre, malgré lui, malgré tous ses efforts, peut être poussé à la plus honteuse promiscuité. Aujourd'hui, il est amélioré, il est plus maître de lui; mais ne peut-il pas encore survenir une aggravation, sans que rien au dehors vienne trahir ce trouble intérieur?

Westphal, dans son excellent Mémoire sur cette perversion instinctive, qu'il désigne du nom de sens sexuel contraire ou contre nature (*conträre sexualempfindum*), met en relief les principaux caractères de cette disposition maladive[2]. Profitant des documents fournis par Casper, Tardieu et Ulrichs, il rapproche les récits, les écrits et les actes des hommes affectés d'inversion de l'instinct sexuel, des observations qu'il a faites auprès d'une fille de trente-cinq ans, dont il donne l'histoire détaillée. Dans les deux sexes, les phé-

[1] Karl Heinrich Ulrichs a publié une série de brochures, la première en 1864, *Inclusa*, sous le pseudonyme de Numa Numantius; *Formatrix-Vindicta* et *Ara spei*, 1865; *Gladius furens* et *Memmon*, 1868; *Incubus*, 1869.

[2] Westphal. — *Die conträre sexualempfindung.* (*Arch. f. psych.*, II, p. 73 à 108. 1870.) — *Zur conträren sexualempfindung. Arch. f. psych*; Bd VI. p. 620 à 621, 1876.) — Observation d'un jeune homme de vingt-quatre ans dont la perversion sexuelle s'est montrée à huit ans.

nomènes sont identiques et se déroulent de la même manière.

Des cas assez nombreux ont déjà été publiés chez l'homme[1], les observations relatives à la femme sont rares peut-être à cause de la facilité plus grande avec laquelle celles-ci parviennent à cacher ce trouble instinctif. Toutefois, nous avons deux observations, celle de Westphal et un cas de Gock chez une jeune fille de vingt-huit ans, qui suffisent à donner une idée de cette perversion sexuelle chez la femme[2].

Dans les deux cas, nous voyons se développer de très bonne heure l'inclination pour les filles : à huit ans chez la malade de Westphal, à douze ans chez l'autre. M. X..., rappelons-le, avait eu, à six ans déjà, une voluptueuse satisfaction à contempler l'homme nu. Pour la plupart des malades, c'est une sorte de révélation dès l'enfance ; ils se surprennent à avoir des sen-

[1] Schminke. — *Ein Fall von contrarer sexualempfindung.* (*Arch. f. psych.*; Bd. III, p. 225 à 226, 1872.)

Scholtz. — *Bekentnisse eines an perverser geschlechtsrichtung leidenden.* (*Vierteljsch. f. germed.*, Bd XIX, p. 321 à 328, 1873.)

Servaes. — *Zur kenntniss von der contrarer sexualempfindung;* (*Arch. f. psych.*, Bd. VI, p. 484 à 495, 1876.) — Observation d'un homme de trente-cinq ans et l'observation peu concluante d'une fille de seize ans qui, ayant eu trois accès maniaques suivis de stupeur, ne conservait aucun souvenir de la période d'excitation.

Vidal et Legrand du Saulle. — (*Ann. médico-psychol.*; Ve série, t. XV, p. 446, 1876.) Jeune homme de vingt ans, surpris un jour dans un urinoir avec un vieillard, exhibant toutes leurs parties génitales.

Stark. — *Ueber contrare sexualempfindung.* (*Allg. ztsch. f. psych.*) Bd. XXXIII, p. 209 à 206, 1877.)

Tomassia Ariggio. — *Sull' inversione dell' instinto sessuale.* (*Riv. Speim.* p. 97 à 537, 1878.)

Julius Krueg. — *Perverted sexual instincts.* (*Brain*, p. 368 à 376, octobre 1881. — Deux observations, l'une d'un homme avec des détails intéressants, l'autre très incomplète d'une femme de chambre de vingt-cinq ans.

[2] Gock. — *Beitrag zur Kenntniss der contrarer sexualempfindung.* (*Arch. f. psych.*, Bd. V, p. 564 à 574, 1875.)

timents qu'ils ne comprennent pas : l'homme est porté vers l'homme, la femme vers la femme, avant même qu'ils aient pu subir l'influence d'une éducation vicieuse. C'est là, comme dit Ulrichs, l'énigme de l'amour de l'homme pour l'homme; ce sont des sentiments pervers innés. Les deux filles aimaient également, dès leurs premières années, les jeux des garçons; elles désiraient s'habiller en garçon, elles auraient voulu être homme. Les regards de certaines filles les impressionnaient vivement; elles leur faisaient la cour, rougissaient auprès d'elles, éprouvaient une vive passion, et aussi un sentiment de jalousie, si l'amie choisie prêtait attention à une autre personne. Les caresses provoquaient chez elles une grande excitation qui s'accompagnait de spasmes, de sécrétion des parties génitales. Toutes deux avaient des rêves voluptueux rappelant les jeunes filles aimées.

Quand les désirs ne pouvaient pas être satisfaits, quand il survenait des résistances ou des obstacles, elles entraient dans de véritables accès de fureur, et toutes deux étaient portées au suicide. Les hommes n'avaient aucun attrait pour elles; l'une d'elles a refusé plusieurs mariages; l'hymen existait chez l'une d'elles, et probablement les deux n'avaient jamais eu de relations sexuelles. Dans les deux cas, le souvenir de la jeune fille aimée poussait à l'onanisme. Le niveau intellectuel était peu élevé chez les deux; elles apprenaient difficilement à l'école, et plus tard elles étaient chargées d'emplois subalternes. L'une d'elles avait un bec-de-lièvre. Chez l'une, existaient des périodes d'excitation et de dépression; chez l'autre, des accès mélancoliques. Ici encore, l'inversion de l'instinct

sexuel est un syndrome enté sur un état psychopathique plus étendu.

Krafft-Ebing, dans une étude fort intéressante sur certaines perversions de l'instinct sexuel et sur les actes dont elles s'accompagnent, passe en revue une série de faits impulsifs qui, pour se présenter sous des aspects différents, n'en ont pas moins les mêmes caractères fondamentaux[1].

L'auteur arrive ensuite au sens sexuel contraire, dont il fournit quelques observations et qu'il regarde comme un symptôme lié à un degré plus ou moins élevé de dégénérescence. Ayant, du reste, fait un relevé des faits observés jusqu'à lui, il note que, treize fois sur dix-sept cas, se montraient des troubles névro ou psychopathiques ; c'est, on le voit, l'idée générale qui ressort de toutes ces recherches.

A notre tour, pour compléter cette étude clinique et pour bien montrer que la forme des obsessions ou des impulsions ne modifie pas le fond même de la maladie, nous allons présenter quelques observations de perversions sexuelles différentes de l'inversion du sens génital. Ces faits mettront en saillie des phénomènes tellement tranchés, qu'on pourrait croire à des formes particulières de maladies mentales, tandis qu'ils constituent simplement quelques-unes des variétés séméiologiques sous lesquelles peuvent se présenter les dégénérés.

[1] Krafft-Ebing. — *Ueber gestisse Anomalien des geschlechtstriebs und die Klinisch-forensische Verwerthung derselben als eines wahrscheinlich functionellen degenerationszeichens des centralen nervensystems.*—(*Arch. f. psych*; VII, 1877 : *Conträre sexualempfindung*, p. 305.)

OBSERVATION II. — *Mère hystérique ; migraine chez le frere. Habitudes d'onanisme. A dix ans impulsions à laisser tomber les objets des mains ; plus tard, il est poussé à regarder les fesses des femmes, des petites filles et aussi l'anus d'un garçon habillé, le garçon nu le laisse indifférent. Les tableaux représentant des femmes nues et des statues l'excitent. — Tendances mélancoliques. — Idées de suicide.*

M. X..., médecin, âgé de trente-trois ans, en proie à une profonde tristesse, vient, au mois d'octobre 1881, demander conseil à l'un de nous pour les phénomènes étranges qu'il éprouve. Sa mère, atteinte d'hystérie, présente des attaques et des périodes de vive excitation intellectuelle ; son père, mort à soixante-quatorze ans, était asthmatique; un de ses frères est migraineux ; quant à lui, dès l'âge de dix ans, il a été l'objet d'obsessions auxquelles il avait beaucoup de peine à résister ; c'est ainsi que tenant un objet à la main, une assiette par exemple, il se sentait poussé à la laisser tomber à terre. Pendant deux ans, il a dû résister à cette disposition maladive qui, d'ailleurs, a fini par disparaître. Il s'est de tout temps adonné à l'onanisme ; il a fait des études médicales avec beaucoup de peine, non point qu'il fût dénué d'intelligence, mais parce que le travail le fatiguait promptement. Depuis huit ans surtout, il avait beaucoup de difficulté à suivre une idée, à appliquer son esprit à l'étude ; il lui semblait qu'il comprenait plus difficilement et que ses conceptions étaient plus lentes. Vers cette époque, il a commencé à éprouver des phénomènes étranges : quand il voyait une femme, sa pensée se portait vers la région fessière et il ne pouvait s'empêcher de regarder les fesses. Cette obsession devenait plus pressante dès qu'il s'agissait de petites filles. Dans les foules il se frottait contre les fesses des femmes; mais dès que l'érection survenait, il s'empressait de s'éloigner et d'éviter les groupes. Il fuyait et évitait les tableaux et les statues représentant les femmes nues, parce qu'ils réveillaient en lui les idées obscènes qui lui sont désagréables.

Pendant toute l'année 1880, il ne pouvait voir un petit garçon sans que ses yeux se portassent sur la partie inférieure du dos et que l'idée de l'anus vînt s'implanter dans son esprit. Il en était très malheureux, car il n'a jamais eu de tendance à la pédérastie, et ses rapports sexuels ont toujours été normaux. Il est bon de noter que l'enfant à l'état de nudité

le laisse indifférent et qu'à l'amphithéâtre et dans les salles de dissection, il n'avait aucune idée bizarre. Depuis un an, il offre des alternatives d'excitation et de dépression, et parfois surviennent des idées de suicide ; il voudrait, dit-il, se brûler la cervelle.

Le fait saillant est assurément l'obsession singulière qui dirige le regard du patient vers la région fessière des femmes, et qui le pousse à la recherche de l'anus d'un petit garçon habillé, le garçon nu ne l'impressionnant pas. Ici encore ce syndrome n'est qu'un épisode d'un état maladif qui prend sa source dans l'hérédité, et qui offre d'autres impulsions, une émotivité extrême, des tendances mélancoliques et des idées de suicide, disposition dépressive qui persiste en dehors des idées obsédantes. C'est donc toujours le même état psychopathique avec des couleurs différentes dans les manifestations.

Nous devons l'observation suivante à l'obligeance de notre excellent confrère M. Blanche, qui a bien voulu la détacher de sa riche collection pour nous permettre de la joindre à notre étude.

Observation III. — *Hérédité névropathique. — Convulsions dans l'enfance ; à six ans obsession pour la recherche des clous des souliers des femmes ; exaltation ; création d'histoires fantastiques ayant pour objet des clous ; spasmes, érection et éjaculation au souvenir de ces histoires et aussi au contact des clous. — Accidents hystériques ; idées hypochondriaques ; hallucinations. Phimosis et conformation vicieuse de la verge.*

M. X..., âgé de trente-quatre ans, marié, est né d'un père et d'une mère qui avaient tous deux un tempérament excessivement nerveux ; sa mère principalement, qui vit encore, et qui est âgée de soixante-douze ans, a toujours été et est encore,

aujourd'hui, dans un état presque permanent de surexcitation nerveuse et mentale.

Dans sa première enfance, M. X... a eu des convulsions très violentes auxquelles il a failli succomber. D'une intelligence extrêmement précoce, il savait lire à trois ans; mais d'un autre côté, il ne marchait pas encore, et ses forces physiques étaient bien en retard sur ses facultés intellectuelles.

Il avait aussi déjà une grande exaltation cérébrale, et c'est à cette époque que remonte le début de la névrose dont il est atteint, et dont il n'a jamais cessé, depuis, d'être tourmenté.

Vers l'âge de six ou sept ans, M. X... était déjà poussé par un instinct irrésistible à regarder les pieds des femmes pour voir s'il n'y avait pas de clous à leurs souliers; lorsqu'il y en avait, la vue de ces clous lui produisait dans tout son être un bonheur indéfinissable. Deux jeunes filles, ses parentes, logeaient dans sa famille; il se rendait dans l'endroit où leurs souliers étaient déposés; il s'en emparait d'une main fièvreuse et frissonnante; il touchait les clous, il les comptait, il ne pouvait pas en détacher ses regards, et le soir, dans son lit, il reportait sa pensée, alternativement, sur l'une ou l'autre de ces jeunes filles, et il lui faisait jouer un rôle fantastique qu'il imaginait; il voyait sa mère la conduire chez le cordonnier, il l'entendait commander de garnir de clous les souliers de sa fille, il voyait le cordonnier poser les clous et remettre les souliers à la jeune fille; puis, il cherchait à se rendre compte des sensations que celle-ci éprouvait en marchant avec ses souliers à clous; enfin, il infligeait à la jeune fille les tortures les plus cruelles, il lui clouait des fers sous les pieds, comme l'on fait aux chevaux, ou bien il lui coupait les pieds, et en même temps il se masturbait; mais ce n'était pas seulement pour se procurer la jouissance matérielle qu'on y trouve; c'était plutôt pour servir d'accompagnement à l'histoire fantastique qui charmait son imagination.

Ces faits se reproduisaient assez fréquemment. M. X... ne tentait aucun effort pour les empêcher ou les éloigner; il savourait, sans remords, le plaisir sensuel qu'il en retirait; il était encore un enfant, et il ne comprenait pas la portée des actes auxquels il se livrait.

On le mit de bonne heure en pension; ne voyant que très peu de femmes, il y fut moins surexcité; il réfléchit, il s'exa

mina, et il pensa, par intuition, qu'il pouvait y avoir là un mal moral et une habitude dangereuse.

Il résolut alors énergiquement d'y mettre un terme; la lutte fut opiniâtre, mais elle n'aboutit qu'à rendre les crises plus rares; il avait à soutenir des assauts terribles : la tête en feu, les membres raidis, les dents serrées, les poings fermés, il cherchait tous les moyens de calmer ses sens; puis, à cet état violent succédait, tout à coup, une prostration complète, il était comme anéanti, et il n'avait plus ni volonté, ni résistance.

Survint une nouvelle aggravation. Les accidents, qui ne se manifestaient que la nuit et dans le lit, se produisirent pendant le jour; alors qu'il était le plus appliqué au travail, et qu'il espérait y trouver une diversion salutaire, il se sentait envahi par une force supérieure à sa volonté; une de ces histoires fantastiques dont il a été déjà question, lui revenait à l'esprit, malgré lui, phrase par phrase; et en même temps, arrivait une érection, qui aboutissait bientôt à une éjaculation, sans qu'il portât la main à la verge pour y aider, car, au contraire, il aurait voulu que l'éjaculation n'eût pas lieu, parce qu'elle l'empêchait de continuer et de finir son histoire, et qu'il préférait de beaucoup le plaisir qu'il ressentait de l'histoire, à celui que l'éjaculation lui procurait.

Cet état ne subit pas de variations notables pendant que M. X... fut en pension.

Pendant les vacances, le mal augmentait, parce que M. X... se retrouvait nécessairement en compagnie de femmes, et il augmenta plus encore pendant un séjour de quinze mois que M. X... fit à la campagne, chez une de ses parentes, après avoir terminé ses études : il voyait souvent deux jeunes filles, ses cousines, qui habitaient dans le voisinage, et il passa ces quinze mois dans un état incessant de surexcitation : lorsqu'il était seul dans le jardin, assis sur un banc, il se racontait à lui-même une de ces histoires fantastiques, dont les deux jeunes filles étaient naturellement devenues les héroïnes du moment; en même temps qu'il se racontait une histoire, il pressait sur sa verge à travers son pantalon, et il éjaculait, si l'histoire durait assez de temps pour que le but de la masturbation fût atteint; mais si son histoire était finie avant que l'éjaculation ait eu lieu, il s'en tenait là, et cessait de se masturber; le lendemain et les jours suivants, il recommençait,

en ayant soin de s'arrêter dès qu'il sentait que l'écoulement du sperme allait arriver. D'un autre côté, quand il était avec les jeunes filles, il cherchait à voir les clous de leurs souliers. Une d'elles s'en étant aperçue, et sans que M. X... lui eût rien dit, ne manquait jamais, surtout lorsqu'elle avait des souliers neufs, de passer son pied sur le sien, en appuyant légèrement, de manière à lui faire sentir les clous. Ce contact amenait immédiatement une éjaculation occasionnée non pas par l'impression de la femme, mais par celle des clous. Plusieurs fois même, il lui est arrivé de prendre les souliers des jeunes filles dans l'endroit où ils étaient déposés, et il lui suffisait de poser l'extrémité de sa verge sur les clous, pour que, sans aucune pression de la main, l'éjaculation eût lieu aussitôt.

A l'âge de dix-huit ans, M. X... vint à Paris pour y étudier le droit; il vivait chez ses parents. Pendant son séjour à la campagne, il n'avait pas fait d'efforts pour résister à ses entraînements, mais dès son arrivée à Paris, il avait pris la résolution de recommencer la lutte qu'il avait déjà entreprise vainement, à l'époque où il avait été mis en pension. Il ne réussit qu'à éloigner les accès; il s'estimait heureux quand il y échappait pendant deux semaines; mais la résistance n'était jamais plus longue, et quand elle s'affaiblissait, il se retournait instinctivement dans la rue pour écouter marcher les femmes; il avait acquis sur ce point une telle finesse d'ouïe, qu'il se trompait rarement sur celles qui avaient des clous à leurs souliers; alors, tout son corps était agité par un frémissement voluptueux, de même que lorsqu'en passant devant des boutiques de cordonniers, il voyait mettre des clous à des chaussures de femmes, ou même qu'il voyait exposées des chaussures de femmes, garnies de clous.

M. X... n'eut de trêve que deux fois : à l'époque où il était amoureux de jeunes filles qu'il voulait épouser. Quoique éperdument amoureux, et prenant même certaines privautés qui n'étaient pas repoussées, il était maître de lui, et ne satisfaisait pas ses désirs; mais l'amour ayant disparu en même temps que les projets de mariage qui n'avaient pas eu de suite, il retomba sous l'empire de ses idées; il se remit à se raconter ses histoires, dans lesquelles les deux jeunes filles avaient le principal rôle, et il se livra, de nouveau avec fureur, à ses pratiques de masturbation.

Plusieurs années se passèrent ainsi. Cependant et peut-être

avec quelque espoir de soulagement à ses souffrances, M. X.., se maria, et durant les premiers mois qui suivirent son mariage, il y eut pour la troisième fois une trêve dans les accidents, mais elle fut de courte durée.

Vers 1868, des modifications notables se produisirent dans son état et, depuis, cet état est resté à peu près le même.

A la vue des objets qui les provoquaient autrefois, les érections n'existent presque plus; et, par contre, les spasmes nerveux qui lui donnent, sans l'aide de la masturbation, le plaisir qu'il recherche, ont accru d'intensité. M. X... éprouve, en tout temps, une douleur vague au sommet de la tête; il lui semble que cette partie du crâne est moins épaisse que le reste, et qu'elle n'a que la consistance d'un cartilage; cependant, c'est précisément cette portion de la paroi crânienne qui lui paraît exercer une compression sur son cerveau, et il lui arrive souvent de saisir ses cheveux et de les tirer de toutes ses forces à cet endroit pour soulever cette région du crâne, et faire cesser la compression; la douleur y est, par moments, très violente. C'est là que commence le spasme, lorsque M. X... est en présence des objets qui le produisent : son cerveau semble entrer en ébullition et vouloir soulever le crâne; de là, la sensation descend par la nuque, suit la colonne vertébrale, et se répand dans les bras et dans les jambes, semblable à une secousse électrique; en même temps, sa gorge se serre, sa poitrine se contracte et d'après ce qu'on lui a dit, son visage s'anime, ses regards s'allument d'un feu étrange, et sa physionomie prend une expression de stupidité sensuelle. Il éprouve un frémissement intérieur dans la verge, mais il n'y a pas d'érection, et s'il appuie sa main sur son bas-ventre, il arrive, par une légère pression, à augmenter l'intensité du spasme, et à en prolonger la durée. Cette intensité n'est d'ailleurs pas toujours la même, elle varie suivant les circonstances : elle est moindre, par exemple, si M. X..., causant avec un cordonnier, celui-ci lui parle, d'une manière générale, des clous que l'on met aux chaussures de femmes; elle est plus forte s'il est question de femmes qu'il connaît, ou, si au lieu de dire : *mettre des clous à des bottines de femmes*, le cordonnier dit : *ferrer des bottines de femmes*, et mieux encore *ferrer des femmes*; l'intensité augmente aussi graduellement si M. X..., après avoir vu les chaussures dans la boutique du cordonnier, les voit aux pieds d'une femme, s'il y a beaucoup de clous, et si les clous sont

gros, s'ils sont posés à des souliers, plutôt qu'à des bottines, et si la femme qui les porte est jeune, jolie et élégante. L'impression est parfois telle, qu'il est sur le point de s'évanouir, ou bien il est pris d'un rire nerveux et incoërcible, qui dure plusieurs minutes.

M. X... se procure encore ses spasmes en se faisant mettre à ses propres chaussures des clous qu'il garde pendant quelques heures, et qu'il enlève ensuite pour les poser sur des morceaux de carton qu'il découpe, en leur donnant la forme de la semelle d'une bottine de femme, et surtout d'une femme qu'il a remarquée; il lui est arrivé aussi d'acheter des souliers de femmes, d'y faire mettre des clous devant lui, et de les emporter; puis, quand il était seul, il touchait ces clous, il écoutait le bruit qu'ils faisaient, en les posant par terre; enfin, il les approchait de l'extrémité de sa verge, ce qui déterminait presque toujours une éjaculation.

En dehors de ces crises spasmodiques, M. X... est sujet à d'autres accidents, qui se rapprochent de ceux déjà connus; c'est surtout quand il est plongé dans un travail absorbant, la tête dans les mains, méditant profondément sur une affaire : tout à coup, *ses idées* se présentent à son imagination; il tâche de les chasser; elles le harcellent comme des furies; alors, il sent comme un voile s'étendre sur son intelligence et y faire la nuit; ses yeux s'appesantissent, il se raconte à demi-voix une de ces histoires fantastiques, et en même temps, il se livre à la masturbation, soit directement avec la main, soit en serrant sa verge entre ses cuisses, ou en la renversant sur sa chaise, et en la comprimant de tout le poids de son corps.

La santé générale de M. X... a longtemps résisté, mais depuis un an, elle s'est affaiblie et altérée. Après chaque crise, M. X... est le plus souvent envahi par un sommeil irrésistible; et d'un autre côté, il dort mal la nuit; il a de fréquentes et longues insomnies; il est sujet à des douleurs très violentes à la nuque, surtout à la suite d'un spasme avec ou sans masturbation; il sent comme des marteaux frappant à coups redoublés pour repousser le crâne, de dedans et de dehors; ces douleurs durent quelques heures; rien n'a encore pu les calmer; sa tête est entraînée en arrière, et il a besoin de l'appuyer pour la soutenir. Depuis quelque temps, il a des engourdissements et des fourmillements dans les membres inférieurs; les jambes lui semblent lourdes; il est encore bon marcheur, mais il a de la

peine à monter; il est souvent tourmenté par la soif, il doit boire de grandes quantités d'eau; il souffre aussi de granulations pharyngiennes. Les accidents qu'éprouve M. X... sont plus ou moins intenses, suivant les saisons : les mois de juin, juillet et août lui sont habituellement funestes; il est plus calme pendant les saisons tempérées, et aussi pendant l'hiver, sauf les jours où les clous de chaussures de femmes laissent leur empreinte sur la neige, ou sur la terre détrempée par de grandes pluies.

Pour compléter ce tableau, il reste à faire connaître M. X... au point de vue psychologique : M. X... est non seulement un homme intelligent, mais de plus il est très instruit en toute sorte de matières; il a la passion de l'étude; dans l'administration à laquelle il est attaché, il est considéré comme un employé très capable, très assidu, et il est chargé de rapports très importants et très délicats dont il s'acquitte d'une façon remarquable ; aussi ses services sont-ils très appréciés. En même temps qu'il a une grande puissance de travail, il a une imagination très exaltée ; il ressent très vivement les peines et les contrariétés, comme aussi les joies et les plaisirs. La surexcitation cérébrale va même parfois jusqu'à produire des illusions des sens, et presque des hallucinations. C'est surtout dans les moments où il lutte contre *ses pensées*, et contre les entraînements qui les accompagnent ; il lui semble alors qu'un second être lui est juxtaposé et lui fait entendre, par des paroles qui lui retentissent dans le cerveau, que la résistance est inutile. Quand il a succombé, et que, désespéré, il prend la résolution énergique de ne plus céder, il croit entendre, toujours dans son cerveau, comme une voix qui lui fixe le jour où il cédera de nouveau. Cette voix, qui lui semble être celle d'un être qui lui est étranger, et non l'écho de sa pensée à lui-même, il l'a entendue aussi pendant les intervalles les plus longs de calme qu'il ait eus, lorsqu'il était amoureux et avait le projet de se marier ; et plus tard, pendant les trois premiers mois de son mariage, et c'était aussi pour lui indiquer le jour où il succomberait. Lorsque ce jour approche, M. X... redouble de précaution pour éviter tout ce qui pourrait aider à sa chute; il y met de l'amour-propre ; c'est comme un duel entre l'être étranger et lui ; mais le jour arrivé, une sensation de langueur s'empare de toute sa personne, son intelligence s'obscurcit, et la crise ne peut être évitée.

M. X... est affecté de phimosis ; chez lui, le prépuce dépasse de plusieurs centimètres le gland, qui n'est jamais, même partiellement découvert ; la verge est courte et très renflée vers sa racine, ce qui est encore un autre défaut de conformation. La turgescence de la verge n'a pas lieu sous la forme habituelle de l'érection ; la verge ne s'allonge pas et se renfle seulement du côté de la racine ; d'où il résulte que le coït est impossible à pratiquer dans les conditions normales.

Cet individu, fasciné par les clous d'une semelle de soulier de femme, s'était masturbé à la porte d'un cordonnier, et avait été mis en prison sous l'inculpation d'outrage public à la pudeur. Le rapport de M. Blanche a été suivi d'une ordonnance de non-lieu.

L'étrange perversion sexuelle qui a débuté à six ans, est le phénomène saillant de cette observation ; mais ce n'est là qu'un épisode d'un état maladif, que démontrent les antécédents héréditaires, les accidents hystériques, les idées hypochondriaques, les hallucinations et les signes physiques de dégénérescence.

Observation IV. — *Famille d'excentriques : père halluciné, s'essuye le visage avec une peau de lapin; sœur refusant longtemps le mariage, veut un jour épouser un comédien vieux et laid; frère mal équilibré. — L..., à cinq ans, érection devant un bonnet de nuit, une coiffe. Plus tard éjaculation au contact du bonnet de nuit. — Frigidité à la première nuit des noces; devoirs conjugaux remplis à l'évocation de l'image d'une tête de vieille femme ridée couverte d'un bonnet de nuit. — Emotivité; crainte des lieux élevés, idées mélancoliques, tendance au suicide.*

M. L..., âgé de trente-sept ans, d'une bonne constitution, est issu d'une famille d'excentriques. Le père, fort original, très extravagant, très irrégulier dans ses habitudes, mange à toute heure du jour, fait jusqu'à cinq repas, passe souvent ses nuits à lire des romans ou des journaux; parle avec vivacité, crie dans ses discussions, et se fait souvent remarquer par des sin-

gularités, c'est ainsi qu'il s'essuye la figure avec une peau de lapin. A plusieurs reprises et à des époques différentes, il a eu des hallucinations pénibles la nuit, sans que l'on ait pu les attribuer à l'alcoolisme. La sœur du malade, âgée de trente-huit ans, demeure avec le père, elle n'a jamais eu de disposition pour le mariage, elle a refusé deux partis fort convenables, et un jour étant allée au théâtre, elle a témoigné le désir d'épouser un acteur vieux et très laid qu'elle avait vu jouer, mais qu'elle ne connaissait pas autrement. Un frère, âgé de trente-deux ans, d'une santé physique excellente, est resté rebelle à toute discipline, a fait des études très incomplètes, après avoir essayé vainement de plusieurs métiers, a fini par se faire cocher et a épousé la cuisinière. M. L... était studieux, mais il apprenait avec difficulté. N'ayant pas acquis l'instruction suffisante pour embrasser une profession libérale, il se fit d'abord tapissier, puis imprimeur, plus tard coiffeur, pour devenir enfin clerc d'huissier, clerc de notaire et commis dans une maison de commerce. De tout temps, il a eu la fantaisie d'acheter des bibelots, des objets d'art, et pour satisfaire ses goûts, il se privait des choses les plus indispensables et faisait des économies sur la nourriture et sur les vêtements. Il est d'une timidité extrême, il se trouble et balbutie devant les clients, il est incapable d'écrire devant ses parents; dès qu'on l'observe, il ne peut plus former les lettres et trace des caractères illisibles. A l'âge de cinq ans, ayant couché pendant cinq mois dans le même lit qu'un parent âgé d'une trentaine d'années, il éprouva pour la première fois un phénomène singulier, c'était une excitation génitale et l'érection, dès qu'il apercevait son compagnon de lit se coiffer d'un bonnet de nuit. Vers cette même époque, il avait l'occasion de voir se déshabiller une vieille servante, et dès que celle-ci mettait sur sa tête une coiffe de nuit, il se sentait très excité et l'érection se produisait immédiatement. Plus tard l'idée seule d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, provoquait l'orgasme génital. La vue du bonnet de nuit seul n'exerce que peu d'influence, mais le contact d'un bonnet de nuit provoque l'érection et parfois l'éjaculation. Par contre, il se souvient qu'à sept ans il était resté absolument réfractaire aux tentatives de masturbation faites sur lui par un de ses camarades d'école. Il n'a jamais recherché les rapports anormaux; il affirme que la vue d'un homme ou d'une femme nus

le laisse absolument froid. Jusqu'à trente-deux ans, époque de son mariage, il n'aurait pas eu de relations sexuelles; il épouse une demoiselle de vingt-quatre ans, jolie et pour laquelle il éprouvait une vive affection. La première nuit des noces, il reste impuissant à côté de sa jeune femme; le lendemain la situation était la même lorsque, désespéré, il évoque l'image de la vieille femme ridée, couverte du bonnet de nuit; le résultat ne se fait pas attendre, il peut immédiatement remplir ses devoirs conjugaux. Depuis cinq ans qu'il est marié, il en est réduit au même expédient, il reste impuissant jusqu'au moment où le souvenir rappelle l'image favorite. Il déplore cette singulière situation qui le force, dit-il, à la profanation de sa femme. Quelquefois, mais à de très rares intervalles, il a des hallucinations la nuit, celles-ci ont déjà fait leur apparition à l'âge de dix ans et il en a eu encore l'année dernière : il voit plus habituellement une bête noire qui veut le saisir au cou. Dès son enfance, il a eu également des accès passagers de profonde tristesse avec des idées de suicide, plus particulièrement de submersion et de pendaison; il a songé aussi quelquefois à s'empoisonner; mais il n'a pas le courage, dit-il, de le faire; il hésite aussi à cause de l'affection qu'il éprouve pour sa femme. Il éprouve également des craintes vives quand il monte sur l'impériale d'un omnibus; il est pris de vertiges et de nausées, il se voit très élevé, il s'imagine n'avoir rien pour se soutenir et il lui semble qu'il va tomber. Il ne peut, sans de grandes appréhensions, regarder par la fenêtre d'un troisième ou d'un quatrième étage. En passant à côté d'une maison élevée, il craint qu'elle ne s'écroule sur lui.

Chez ce malade, véritable héréditaire, les troubles psychopathiques sont nombreux. Dès l'âge de cinq ans, sans nulle préparation, passivement en quelque sorte, L... est envahi par l'idée maladive et devient l'esclave de l'obsession la plus étrange; le bonnet de nuit à partir de ce jour, va peser sur toute son existence. Qui peut se douter d'une situation aussi profondément triste, en dehors du malade et du médecin, à qui il fait ses confidences? Et cependant que de symptômes révèlent chez cet homme la prédisposition

morbide qu'il tient de ses parents : hallucinations, obsessions de toute nature, impulsions, craintes imaginaires, émotivité extrême, tendances mélancoliques, idées de suicide ; rien n'y manque. A un examen superficiel, cet homme ressemble à tous les autres, il vit de la vie commune, tandis qu'au contraire tout est chez lui lutte, artifice et contrainte ; chaque minute voit naître un motif nouveau d'angoisse et de perplexité.

Voilà l'état maladif. Comment pourrait-on le soupçonner si, partant de l'étude des facultés de l'âme, on s'en tenait aux simples spéculations psychologiques ?

Observation V. — *Hérédité morbide convergente. — Intelligence mal équilibrée ; conformation vicieuse du crâne ; à quinze ans obsession impulsive le poussant à voler des tabliers blancs pour se masturber ; rêves de tabliers blancs ; quelquefois couche avec le tablier blanc ; trois condamnations pour vol de tabliers blancs ; ordonnance de non-lieu pour le dernier vol. — Dépression mélancolique ; tendances au suicide.*

C... (Auguste), journalier, âgé de trente sept-ans, entre pour la seconde fois à Sainte-Anne le 24 novembre 1881. Il offre une double hérédité morbide, son père alcoolique est mort d'une cirrhose hépatique ; son oncle paternel est mort aliéné à l'asile de Pontorson. La mère et la sœur nerveuses, irritables, sont toutes deux portées à la mélancolie. Un frère faible d'esprit a eu à vingt ans un accès maniaque. Lui-même, dont le niveau intellectuel est peu élevé et les facultés mal équilibrées, présente des signes physiques de dégénérescence ; son crâne est mal conformé ; la bosse frontale droite et la bosse temporale gauche sont plus saillantes, le front est fuyant, et l'ensemble présente un notable degré de plagiocéphalie. A treize ans et demi, il aurait eu une fièvre typhoïde ; il est allé à l'école, il a appris à lire et à écrire, mais il a été peu appliqué et toujours irrégulier dans son travail et sa conduite. A quinze ans, il aperçoit flottant au soleil, un tablier qui séchait, éblouissant de blancheur, il approche, s'en empare, serre les cordons autour de sa taille et s'éloigne pour aller se masturber au contact du tablier derrière une haie.

Depuis ce jour, les tabliers l'attirent, il ne peut s'empêcher de les prendre, s'en sert pour pratiquer l'onanisme, puis le replace dans le lieu où il l'a pris, ou bien il le jette ou le laisse chez lui dans un coin. Quand il aperçoit un homme ou une femme avec un tablier blanc, il les suit, ne tenant aucun compte du sexe, le tablier seul offrant tout l'attrait.

En 1861, les parents voulant mettre un terme aux vols de tabliers, le font engager dans la marine ; il avait alors seize ans. A bord du navire, ne voyant plus de tabliers, il se calme et son esprit reste en repos : « Je n'y pensais pas, dit-il, je n'en voyais pas. » Rentré en France en 1864, il passe deux mois de congé à Pontorson ; la vue des tabliers le pousse de nouveau à s'en emparer et à se livrer à l'onanisme. Souvent il ferme les yeux et éprouve une très vive satisfaction à se représenter le tablier blanc, flottant, tel qu'il lui était apparu la première fois. La nuit il rêve aux tabliers blancs. Il est poussé à prendre les tabliers et non autre chose ; il y aurait eu, dit-il, cent francs, mille francs, à côté du tablier qu'il se serait uniquement emparé de celui-ci et non de l'argent.

En 1865, pendant un congé de quinze jours, il est arrêté par la police pour vol d'un tablier blanc. Devant le tribunal, il raconte ses obsessions, ses impulsions, mais on rit, il n'est pas écouté et se voit condamner à huit jours de prison. Quelques années après, à Cherbourg, étant sur le cuirassé *l'Atalante*, pendant une permission de vingt-quatre heures, il vole un tablier qui sèche au soleil ; surpris en flagrant délit, il s'enfuit, se cache, ne rentre à bord qu'au bout de neuf jours. Il raconte ce qui lui est arrivé, il insiste en affirmant que c'est la vérité, le conseil de guerre se montre, dit-il, indulgent, laisse de côté la désertion et ne le condamne qu'à un mois de prison. A Rochefort, étant sur la canonière *la Comète*, en 1870, il obtient une permission de vingt-quatre heures. Il flânait dans les rues, lorsque passant devant la porte d'un pâtissier, il aperçoit dans une armoire une pile de tabliers blancs, très propres et bien pliés. La boutique étant surveillée, il n'ose pas y entrer. Il guette dans la rue, sombre, triste, attentif à ce qui se passe, ne perdant pas l'armoire de vue et poursuivi par l'ardent désir de s'emparer de ces tabliers. Les heures s'écoulent, la nuit arrive, il ne quitte point son poste ; enfin la boutique se ferme ; lorsque les lumières sont éteintes, que tout bruit a cessé, il escalade un mur, descend dans une cour, pénètre dans la bou-

tique, met la main sur les tabliers et au moment où il se retire il renverse un meuble, dont le bruit attire l'attention; on accourt, on l'arrête tenant son tablier.

Devant le conseil de guerre, l'avocat réclame une enquête médico-légale, on refuse, il est condamné à un an de prison. Après avoir subi sa peine, il veut fuir les tabliers et s'engage sur un transatlantique, où il passe près de deux ans. Au retour il est triste, découragé, se sent impuissant à résister aux obsessions et pour échapper à de nouveaux malheurs, il forme le projet d'entrer au couvent de la Trappe. On l'admet après de pressantes démarches. Très fervent au début, il embrasse avec joie la vie monastique : il se lève à deux heures du matin; s'inflige la discipline, se frotte le corps avec des orties, s'enfonce des épines sous la peau, et malgré ce dur régime, jouit d'un repos relatif, n'étant plus obligé de lutter contre ses obsessions. Cependant au bout de trois ans, son zèle religieux commençant à fléchir, il quitte le couvent et pendant quatre ans, de 1876 à 1880, il se place dans des pensions ou des collèges, comme garçon de table ou de dortoir, et peu à peu reprend ses anciennes habitudes, dérobant tantôt un tablier blanc, d'autres fois en achetant et reprenant avec eux ses pratiques d'onanisme ; il couchait même quelquefois avec un tablier blanc. En avril 1880, il quitte sa place, passe sa journée au cabaret, et le soir il est arrêté à Bercy escaladant un mur pour s'introduire dans une maison. Une perquisition faite chez lui amène la découverte d'une collection de tabliers blancs maculés de sperme. Cette fois une enquête médico-légale est suivie d'une ordonnance de non-lieu et il entre à Sainte-Anne le 23 mai 1880.

Au bout d'un an de séjour, il est rendu à la liberté ; mais il est triste, sombre, découragé, devient irritable, et forme parfois des projets de suicide. En six mois, il fait cinq places, et après une période de dépression avec idées mélancoliques il est ramené à l'asile. Il raconte qu'il n'a plus dérobé de tabliers, mais qu'ayant eu des relations avec une femme, il avait eu recours au souvenir du tablier blanc et qu'il l'avait évoqué aussi en se livrant à l'onanisme.

L'obsession chez ce malade atteint un tel degré d'intensité que non seulement il se soumet volontairement à une faction des plus prolongées, mais ne craint pas

de s'exposer à de grands dangers pour aboutir à quoi? à la conquête d'un tablier blanc. Il subit plusieurs condamnations, mais impuissant à dominer ses désirs, il essaye des moyens héroïques : voyages en mer, puis refuge dans un couvent. Mais à peine touche-t-il à terre, qu'il recommence ; à peine est-il sorti du cloître qu'il s'empresse d'acheter ou de voler des tabliers blancs. C'est là une fatalité poursuivant ce malheureux et pesant de toute sa force sur son existence. Ici, ce n'est encore qu'un phénomène morbide saillant, s'associant à des périodes mélancoliques sur un sujet entaché de dégénérescence.

Ces quatre cas de perversion de l'instinct génital sont suffisants pour démontrer que ces délires multiples ne sont que des épisodes variés de la même maladie ; chez tous ces malades l'hérédité fait sentir son influence[1].

[1] Nous rappelons encore les deux observations suivantes de perversion de l'instinct génital. Dans le premier cas, il s'agit d'une fille de vingt-neuf ans dont la mère est hystéro-épileptique, et dont le père mélancolique, est mort à la suite d'accidents cérébraux aigus. Laissant de côté les autres désordres psychopathiques, arrêtons-nous aux troubles sexuels.

« Depuis huit ans, elle est sous le coup d'impulsions nymphomaniaques d'une nature particulière : elle éprouve un besoin irrésistible de cohabitation avec un de ses jeunes neveux. Elle a cinq neveux dont l'aîné est âgé de treize ans. C'est lui qui a été l'objet de ses premiers désirs, sa vue la mettait dans un état d'excitation extrême, elle éprouvait des sensations voluptueuses qu'elle était impuissante à réprimer, qui s'accompagnaient de soupirs, d'inclinaisons de tête, de déviations des yeux, de rougeur de la face, quelquefois de spasme et de sécrétions vaginales ; elle se sentait poussée à le suivre et à l'approcher d'elle. Plus tard, quand il a grandi et à la naissance du second frère, c'est ce dernier qui est devenu l'objet de ses convoitises maladives, puis enfin le troisième, le quatrième et actuellement c'est le dernier venu âgé de trois ans dont son esprit est préoccupé. Elle se sent poussée à l'attirer près d'elle. Parfois elle le voit nu debout, elle croit même l'entendre ; parfois elle croit même que l'acte s'accomplit ; à table, en public, elle se voit découverte, l'enfant étendu sur elle ; dans cette hallucination, elle n'aperçoit pas l'image entière de l'enfant, le tronc seul est visible avec les organes

De très bonne heure, avant même qu'une éducation vicieuse, comme nous l'avons déjà dit, ait eu le temps de modifier l'individu, l'impulsion se montre pressante, impérieuse, avec tous les caractères d'irresponsabilité qui la font distinguer. Mais qu'à la place des clous de souliers, de bonnets de nuit, ou de tablier blanc on considère que l'obsession ait l'homme pour objet, les phénomènes se dérouleront de la même manière; et, il faut bien le

génitaux appliqués sur les siens. Très émue, elle adresse de pressantes questions à ses voisins, leur demandant s'ils ne voient rien, et n'ont rien vu.

« Cette malade est très lucide, elle est désolée et honteuse de ces singuliers désirs, elle est tranquille, travaille et s'occupe toute la journée; elle sort de temps à autre, et va dans sa famille pour essayer en quelque sorte ses forces; mais encore la vue de son neveu l'impressionne vivement; à table, dans sa famille, elle se place loin de lui, mais pendant toute la durée du repas, elle éprouve des spasmes, du malaise à l'estomac, une constriction à la gorge, et la lutte lui devient des plus pénibles. Elle n'a jamais cédé à cette perversion instinctive et elle a toujours évité le contact des petits garçons.»

Dans la seconde observation il est question d'un peintre en bâtiments âgé de quarante-quatre ans.

« Il avait depuis longtemps contracté des habitudes d'onanisme qui ont presque entièrement cessé depuis un an; il faisait souvent des dessins obscènes qu'il distribuait à ses camarades. Il s'est habillé aussi deux fois en femme étant seul dans sa chambre. Depuis deux ans, il n'a plus d'érection, ne peut plus avoir de rapports sexuels, mais il a parfois des pertes séminales. Depuis cette époque, dit-il, il se sent poussé à des actes contre nature. A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements, aux stations d'omnibus, auprès des bateleurs, il s'approche et se place derrière une femme, cherchant de préférence la plus grosse; puis il retire sa verge qui reste flasque et se frotte contre les fesses de sa voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice, à la station d'omnibus de la place Clichy, qu'il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le *frottage*, condamné à quatre mois de prison, ce qui est exact.

« Sa femme est crémière, et c'est lui qui ouvrait la boutique tous les matins, plaçait le lait sur le feu et servait les premiers clients. A plusieurs reprises, il n'a pu s'empêcher, dit-il, de tremper ses organes génitaux dans la boîte au lait, il s'essuyait tout aussitôt; le contact du lait lui donnait une sensation de velours. Il n'hésitait pas à distribuer ce lait aux clients et il puisait sans répugance à cette même boîte pour son déjeuner. » (Magnan. — *Etude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés*. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 23 janvier 1881, *Tribune médicale*, mars 1881.)

reconnaître, l'histoire de tous ces malades offre beaucoup de parenté. Ils sont, pour ainsi dire, coulés dans le même moule, ils ne diffèrent les uns des autres que par le degré plus ou moins accusé de dégénérescence intellectuelle.

Si, quittant le domaine de la sphère génitale, nous observons ce qui se passe dans les autres états impulsifs, dans la dipsomanie par exemple, où l'irrésistible besoin de boire s'empare du sujet, nous voyons dans les deux cas, les mêmes luttes, les mêmes résistances, les mêmes angoisses, et habituellement, coûte que coûte, la satisfaction finale du besoin maladif. Chez quelques-uns de nos impulsifs même, comme dans la dipsomanie, on observe une certaine intermittence, et c'est par accès que se présentent les excitations impulsives: c'est là un caractère de plus de la folie héréditaire.

D'après ce qui précède, nous n'avons pas besoin d'insister sur la haute portée séméiologique de ces différents phénomènes. Ces obsessions, ces impulsions qui, par le seul fait que le malade en a conscience, affectent certaines allures de bénignité, sont, au contraire, les manifestations d'un état toujours grave. Il faut des terrains de choix (prédisposition héréditaire, dégénérescence) pour que pareille floraison puisse se produire; aussi, vient-on à fouiller dans la vie pathologique de ces individus, on ne manque pas, à moins de réticences de la part du malade ou de la famille, de découvrir un état névro ou psychopathique des plus profonds.

RECUEIL DE FAITS

Sarcome de la moelle épinière, a marche latente, siégeant au point d'émergence du plexus brachial[1]**; par le professeur Albert Adamkiewicz, de Kracovie (Autriche).**

Le 29 septembre 1880 entra, dans le service médical de l'hôpital Saint-Lazare, un jeune homme âgé de seize ans, du nom de André Heak. On nous donna comme renseignement que le malade était très inquiet et peureux depuis quelques jours, qu'il ne dormait pas et ne pouvait plus prendre aucune nourriture, ni boisson, à cause des crampes du pharynx qui se manifestaient au moment de la déglutition.

Le malade, robuste, de taille moyenne, était si farouche et sauvage, que nous ne parvînmes à l'examiner qu'avec beaucoup de difficulté.

Cet examen nous démontra que les organes internes étaient intacts et que les organes des sens fonctionnaient normalement. Les mouvements actifs et passifs des extrémités, ainsi que le fonctionnement des muscles par groupe et isolés ne présentaient pas le moindre désordre.

Par contre, l'état psychique du malade était sensiblement altéré; il était surexcité, ne pouvait rester en place, tourmentait les autres malades et l'infirmier, à tel point qu'on dut le transporter dans la division des aliénés. A ce moment apparut un vrai délire furieux. Le patient courait à travers les corridors, criant et hurlant, frappait et mordait les infirmiers, sans qu'on parvînt à le calmer, même après l'administration de fortes doses de chloral hydraté. Des hallucinations apparurent aussi; le malade voyait sa mère, criait qu'on voulait la battre et la murer, et priait qu'on l'épargnât. A ces accès maniaques violents succédait un état de repos, pendant lequel le patient répondait avec calme aux questions qu'on lui posait et insistait beaucoup sur les douleurs qu'il éprouvait dans la région du cou. Lorsqu'en pareille occasion on le touchait dans cette région, il était pris, dans tout le corps, de crampes toniques et portait en même temps, en faisant une horrible grimace, la main à son cou,

[1] Communiqué dans la séance du 20 juin 1882 à l'Académie des sciences de Cracovie, section des sciences mathématiques et naturelles.

comme si on voulait l'étrangler. Ces accès se renouvelaient fréquemment et tout attouchement volontaire ou involontaire les provoquait. Il éprouvait une impression pénible quand on lui présentait une tasse de café par exemple, ou du pain. Le regard anxieux, la bouche ouverte, il prenait la tasse, puis la laissait retomber, en proie aux crampes du pharynx provoquées par la vue de ces aliments. Les bains chauds apportaient quelque soulagement, mais lorsqu'il fallait le sortir du bain, les crampes le reprenaient de nouveau.

A tous ces symptômes s'ajoutèrent de la salivation et de la faiblesse des membres inférieurs. Le malade toussait souvent, se mouchait beaucoup et crachait autour de lui. S'il essayait de se lever de son lit pour s'enfuir, il avait de la peine à se tenir debout, fléchissait et finalement retombait sur son matelas. Le troisième jour après son admission à l'hôpital, les symptômes prirent un caractère menaçant. La faiblesse des membres inférieurs se transforma en une paraplégie complète, qui débuta par la jambe gauche, puis prit la jambe droite. L'irritation réflexe était tellement accrue, que le plus léger souffle suffisait à provoquer les crampes. Le malade délirait constamment, il voyait sa mère murée, qu'on voulait brûler dans un four, des cheveux et des vers qui l'accablaient partout et qu'il retirait continuellement de son café. Ces manifestations n'étaient accompagnées ni d'un accroissement de la température, ni d'une plus grande fréquence du pouls.

Vers le milieu du troisième jour la scène changea tout à coup; la peau du malade devint rouge et moite, couverte de sueur, le pouls atteignit 120, le délire continua sans ordre, les pupilles se dilatèrent d'abord et se contractèrent ensuite; suivit une légère blépharoptose de l'œil droit. Finalement la respiration devint irrégulière, l'œdème du poumon survint et le malade mourut.

D'après la marche de la maladie, il n'était pas douteux que le malade avait été atteint de la rage et y avait succombé.

Ses antécédents avaient d'ailleurs contribué à la certitude du diagnostic. Peu de temps avant sa mort, ce garçon jouissait d'une santé parfaite, il était employé chez un boucher qui l'avait chargé de transporter la viande aux clients dans une voiture attelée d'un chien; le contact continuel avait familiarisé les chiens avec le défunt qui passait tous ses loisirs à s'amuser avec eux.

Or, il paraît que deux mois auparavant, on avait tué le chien d'un voisin, atteint de rage, qui en avait déjà mordu d'autres, et c'était précisément ce chien qu'on disait avoir vu le plus souvent dans la société du jeune homme. De l'aveu du malade ainsi que des renseignements obtenus, il résultait que celui-ci n'avait pas été mordu, d'ailleurs on n'a pu trouver sur le cadavre aucune cicatrice provenant de morsure.

A l'AUTOPSIE les altérations pathologiques étaient les suivantes :

Œdème du poumon, hyperhémie très prononcée de la pie-mère et une apparition tout à fait inattendue et intéressante du côté de la moelle épinière.

La partie inférieure de la moelle cervicale et particulièrement le segment inférieur du renflement brachial était le siège d'un gonflement de la nature d'une tumeur. A la formation de cette tumeur prenait part surtout la face antérieure et latérale de la moelle (Pl. V, *fig.* 1, 2, 4 et 5). La proéminence avait la forme d'une ellipse, elle comprenait toute la moitié gauche de la moelle et pénétrait dans la moitié droite de telle manière que la scissure longitudinale antérieure décrivait un arc de cercle autour d'elle. La tumeur s'étendait du cinquième jusqu'au septième nerf cervical et avait une étendue d'à peu près trois centimètres, son axe longitudinal se confondait avec celui de la moelle. Juste au milieu, c'est-à-dire sur le point culminant de la tumeur, reposait la racine antérieure du sixième nerf cervical.

Je veux immédiatement faire observer que cette racine, ainsi que les racines antérieures et postérieures des cinquième et septième nerfs étaient absolument normales au point de vue de leur rapport avec la substance médullaire et du nombre de leurs fibrilles.

La tumeur était lisse à sa surface, elle se présentait à l'œil comme une projection en fuseau de la moelle; la couche superficielle était composée de substance médullaire qui se confondait et se continuait sans interruption avec la moelle environnante.

Sur une coupe transversale pratiquée au milieu de la tumeur, on voyait une substance néoplasique, blanche, dure, circulaire, qui se distinguait par un contour très accentué du reste de la substance médullaire normale. C'était donc cette néoplasie qui, par sa présence dans l'intérieur de la moelle épinière, avait occasionné cette difformité. L'idée que les symptômes observés chez notre malade pouvaient avoir quelques rapports de causalité avec cette néoplasie, pouvait être réfutée d'avance. Les symptômes et particulièrement ceux qui auraient indiqué une lésion de la moelle à la naissance du plexus brachial n'ayant pas été constatés, il faut conclure que cette néoplasie a pu prendre ces dimensions relativement considérables et se développer avec une force extraordinaire aux dépens de la moelle, sans provoquer aucun trouble de ce côté.

Le fait était trop important et intéressant pour qu'on n'essayât pas d'en déterminer l'origine. Je fis durcir, à cet effet, la moelle malade dans du sulfate de picrine, solution préférable à l'acide chromique et à ses sels dont on se sert habituellement pour durcir le tissu nerveux, et je divisai la tumeur et le tissu ambiant en une série de coupes transversales.

La première particularité qui attirait l'attention, en regardant la tumeur par en haut, c'était l'asymétrie de plus en plus marquée des colonnes grises des deux moitiés de la moelle épinière.

Pendant que la substance grise de la partie saine, c'est-à-dire de la moitié droite de la moelle, conservait sa configuration naturelle, la corne antérieure de celle du côté gauche grossissait rapidement (Pl. V, *fig.* 1).

La corne antérieure gauche épaissie n'offrait tout d'abord rien de particulier (*Fig.* 1), on pouvait admettre que cet accroissement de volume était dû à une simple hyperplasie de la substance grise. Ce n'est que plus bas (*Fig.* 2) que cette masse néoplasique prenait un caractère différent.

On voyait au milieu de la corne épaissie une tache foncée (*Fig.* 2) qui se distinguait du reste de la moelle par une plus grande épaisseur de son tissu et une moindre transparence. En descendant plus bas encore, cette tache s'accentuait de plus en plus par un contour très net, et finalement la tumeur apparaissait, séparée du reste de la moelle, par une capsule très fine de tissu conjonctif (Pl. V, *fig.* 3).

Sur la coupe transversale cette tumeur avait la forme d'une ellipse couchée en travers (*Fig.* 3). Son bord antérieur était tranchant, lisse, arrondi et étroitement lié, par l'intermédiaire de la capsule, au tissu de la moelle; son bord postérieur était, au contraire, festonné, sinueux et ne formait pas avec le reste du tissu médullaire une couche continue.

Des deux pôles de cette ellipse, l'interne s'enfonçait profondément dans la masse de la colonne grise, l'externe avait comprimé la substance blanche à tel point qu'il n'en restait plus qu'une mince couche.

Plus bas la tumeur prenait une forme circulaire (*Fig.* 4) et continuait à empiéter de plus en plus en dedans sur la substance grise, en dehors, vers le bord de la moelle. Enfin ne trouvant plus assez de place entre ces deux substances, elle les refoulait complètement hors de leurs limites naturelles. A partir de ce point, la tumeur diminuait et se terminait par une forme arrondie un peu au-dessous de la septième racine cervicale, tranchant toujours nettement sur le reste de la moelle et séparée d'elle par la capsule de tissu conjonctif. Dans son ensemble, cette néoplasie avait la forme d'une baie. En haut son pédicule sortait de la substance grise, en bas, elle pénétrait dans la substance médullaire en comprimant ses éléments de la manière déjà décrite plus haut.

Au point de vue de la structure histologique, la tumeur, vue à un faible grossissement, offrait l'aspect d'un ensemble de pelotes entremêlées les unes dans les autres (Pl. V, *fig.* 4).

Pour mieux reconnaître les éléments histologiques qui formaient ces pelotes, je colorai quelques coupes de la moelle. Je me sers de préférence pour colorer les coupes de la moelle épinière du brun de Bismarck et du violet de gentiane. L'aniline qui y est contenue donne aux noyaux une couleur plus frappante et plus élégante que le carmin; de plus, le violet de gentiane a l'avantage tout particu-

lier de teindre en violet la substance blanche et en bleu la substance grise, les fibres radiées qui traversent la substance blanche ainsi que les vaisseaux, et le tissu conjonctif de la moelle[1].

Sur la coupe je trouvai la substance grise, les rayons blancs ainsi que le tissu de la tumeur colorés en bleu, la substance blanche seule avait la couleur violette. La *figure* 4 donne un dessin exact de cette coupe vue à un faible grossissement.

Je me propose de revenir plus tard sur le fait intéressant de la coloration identique de la tumeur, du tissu conjonctif, de la substance grise et des stries radiées de la substance blanche par le violet de gentiane.

Je dois avant tout mentionner ici qu'ayant examiné, sur des coupes colorées, les pelotes à un fort grossissement, elles avaient l'aspect d'un filet sans mailles composé de filaments onduleux et riches en noyaux, parcouru de grands et nombreux vaisseaux s'entrecroisant dans tous les sens. Sur chaque coupe, on voyait des parties tantôt plus riches, tantôt plus pauvres en noyaux, comme l'indique la *figure* 6. Cette différence tenait simplement à des circonstances optiques. Sur les filaments qui couraient parallèlement à la surface de la coupe, les noyaux paraissaient plus rares parce qu'ils étaient disséminés le long de ces filaments, tandis, que sur ceux coupés horizontalement ou obliquement, les noyaux se pressaient sur la coupe et paraissaient plus nombreux, faute de perspective. Tous ces noyaux étaient arrondis, légèrement ovalaires et ressemblaient aux fuseaux étirés en fibrilles du tissu conjonctif fibrillaire, disposition nettement appréciable sur des dissociations.

Notre tumeur était donc une néoplasie composée de jeunes cellules de tissu conjonctif, un fibrome à l'état jeune ou un *Sarcome vrai.*

En divisant la tumeur, le couteau fut arrêté par un point dur, osseux (*Fig.* 5). Ce point était situé au niveau de la plus grande circonférence de la tumeur et un peu en dehors de son centre ; il paraissait blanc à la lumière incidente et noir à la lumière réfléchie. Il était composé de petites boules opaques de grandeur et de forme irrégulières. On voyait à travers un fort grossissement une structure concentrique contenant des concrétions cristallines. Ces dépôts, insolubles dans l'eau, l'alcool, l'éther, le chloroforme et l'ammoniaque, disparaissaient facilement sous l'influence de l'acide chlorhydrique et devaient être naturellement à base inorganique.

Les modifications que la tumeur avait fait subir à la substance blanche et grise de la moelle environnante, étaient très remarquables. Elle s'était tellement étendue dans la moitié gauche de la moelle, aux dépens de ces deux substances nerveuses (Pl. V, *fig.* 4

[1] *Die Blutgefäse des menschlichen Rückenmarkes. Sitzungsber. der K. K. Akad, der Wiss. zu Wien. mathg. naturwiss. Classe, LXXXIV,* 1881).

et 5) qu'il n'en restait plus qu'une mince couche qui recouvrait, à peu près, les deux tiers internes de sa périphérie.

Cette couche avait la forme d'une faux, étroite au milieu, large à ses deux extrémités. La largeur de la partie étroite de la faux correspondait à peu près à la moitié de la largeur de la commissure (Pl. V, *fig.* 4 et 5). Tout ce que la tumeur, par son envahissement, avait laissé de substance blanche et grise, était contenu dans cette faux. La néoplasie avait donc réduit à une fraction minime le tissu médullaire par la compression.

Les deux substances avaient en même temps souffert de cette réduction. De la substance blanche c'est le cordon latéral qui avait le plus souffert. Il paraissait réduit à un mince filet logé entre la tumeur et la corne postérieure (Pl. V, *fig.* 4 et 5). Les cordons antérieur et postérieur avaient aussi subi une diminution semblable dans leur dimension normale.

Je donne ici les résultats de la mensuration micrométrique comparative de ces cordons des deux côtés de la moelle épinière.

Substance blanche. (Pl. V, *fig.* 5.)

1° *Cordons antérieurs des pyramides.*

	Côté malade.	Côté sain.
Largeur du bord antérieur de la corne grise antérieure (Vert).	0,72 mm.	0,95 mm.
Cordons antérieurs au milieu des pyramides (Rouge).	0,45 —	0,90 —
Au niveau de la commissure (Bleu.)	0,40 —	0,90 —

2° *Cordons postérieurs.*

	Côté malade.	Côté sain.
Au niveau de la commissure (Bleu.)	0.240 mm.	0,760 mm.
— de la tête de la corne postérieure (Rouge.)	0, 855 —	1,440 —

En résumé, nous pouvons dire *que le cordon latéral, réduit à des proportions minimes sur le côté de la tumeur au niveau de son grand diamètre, semblait complètement disparu dans le voisinage de la corne postérieure, et que les cordons antérieur et postérieur étaient réduits à peu près de moitié.*

Les modifications qu'avaient subies la substance grise n'étaient pas moins intéressantes.

La tumeur qui avait pris naissance dans la corne antérieure hypertrophiée au commencement (*Fig.* 1), avait comprimé la substance grise, au fur et à mesure de son développement, et l'avait réduite à un faisceau invraisemblable de fibrilles en forme de faux,

qui ne rappelait plus que par sa position, son origine et sa nature.

Le tableau comparatif suivant donnera une idée des perturbations que cette substance avait subies.

SUBSTANCE GRISE (PL. V, *fig.* 5).

	CÔTÉ MALADE.	CÔTÉ SAIN.
Bord antérieur de la corne antérieure (Gris). .	1,080 mm.	2,340 mm.
Largeur de la substance grise au niveau de la commissure (Bleu.)	0,630 —	1,350 —
La plus grande longueur de la corne postérieure (Rouge.)	0,405 —	1,440 —

La colonne grise avait donc perdu sur le parcours de la tumeur, c'est-à-dire sur une longueur de plus d'un centimètre, *de la moitié aux deux tiers de son diamètre normal.*

Ici se posait naturellement la question de savoir quelle était la nature des altérations anatomo-pathologiques que la tumeur avait déterminées dans son voisinage et dans quelles conditions se trouvaient la substance blanche et grise ainsi réduites ?

La tumeur s'était-elle développée aux dépens des tissus qui manquaient ? les avait-elle détruits ? Ou bien avait-elle réussi à s'étendre aux dépens des dispositions anatomiques des éléments de la moelle, en les disloquant et en les comprimant fortement, pendant sa lente croissance, sans les détruire ?

Il était facile de répondre à ces questions.

Si les éléments de la moelle ainsi comprimés avaient été détruits, la tumeur aurait produit l'effet d'une scission médiane de la moelle, et dans ce cas deux conséquences, faciles à constater, auraient surgi : une dégénérescence secondaire descendante du cordon latéral gauche et l'atrophie avec paralysie des groupes musculaires du bras correspondant, ainsi que des phénomènes spasmodiques et parésiques dans les couches musculaires profondes.

Immédiatement au-dessus ainsi qu'au-dessous de la tumeur, le tissu médullaire était absolument normal. Or, chez notre malade, l'examen minutieux et attentif ne nous avait révélé ni faiblesse, ni paralysie ; en un mot, aucun trouble fonctionnel dans les muscles du bras gauche.

Il résulte de ces faits que la tumeur n'avait pas détruit la substance médullaire, mais simplement comprimée après l'avoir disloquée.

Ce reste de substance blanche et grise disloquée et comprimée devait non seulement contenir le *nombre normal de fibres et de ganglions médullaires, mais encore fonctionner normalement.*

En examinant la moelle malade à un fort grossissement, nous avons obtenu des éclaircissements intéressants sur ces faits.

La substance blanche avait subi une transformation particulière.

La plupart de ses fibres et surtout celles qui composaient ce qui restait du cordon latéral considérablement diminué, étaient devenues étroites et minces. Sur la coupe colorée les cellules nerveuses et les tubes nerveux avec leur cylindre-axe avaient considérablement diminué de volume, comparés à ceux de la moitié droite de la moelle.

Les modifications de la substance grise étaient encore bien plus curieuses que celles de la substance blanche.

Dans les conditions normales les fibres de la colonne grise vont en divergeant de leurs pointes vers l'intérieur et s'entrecroisent entre elles.

Dans notre cas, la substance grise s'était transformée, sous l'influence de la pression exercée par la tumeur, en un simple faisceau de fibres parallèles dont la direction était la même que celle de la surface de la coupe.

Pour mieux faire comprendre ces modifications, j'ai ajouté deux *figures* (8 et 9) représentant le dessin exact de deux coupes transversales des colonnes grises antérieures faites sur un même plan.

La *figure* 8 représente une portion de la colonne grise antérieure du côté droit, la *figure* 9 une portion de celle du côté gauche. En comparant ces deux côtés, on voit la direction toute différente des fibres grises autour de la tumeur.

Ces dessins nous montrent en même temps la transformation des ganglions nerveux.

Sur la *figure* 8 nous voyons les ganglions du côté sain avec leurs cellules multipolaires radiés et leurs noyaux ronds pour la plupart. Sur la *figure* 9 les ganglions sont transformés en fuseaux bipolaires, allongés, pointus, dont l'axe longitudinal suit la même direction que celui des fibres transformées de la substance grise et dont les noyaux ont, sans exception, la forme ovalaire.

La plupart de ces ganglions transformés avaient la forme de navettes de tisserand, d'autres ressemblaient aux cellules fusiformes du tissu conjonctif ou à des cellules de tissu musculaire lisse, et ce n'est que leur situation qui rendait la confusion impossible avec ces divers éléments.

C'est la compression lente et progressive de la tumeur qui avait produit cette métamorphose des ganglions et leur diminution de volume.

Je donne dans le tableau suivant les résultats de la mensuration micrométrique en largeur et longueur des ganglions des deux moitiés de la moelle, d'après les coupes transversales citées plus haut.

Ganglions [1].

	COTÉ MALADE.		COTÉ SAIN.	
	LARGEUR.	LONGUEUR.	LARGEUR.	LONGUEUR.
1	0,011 mm.	0,039 mm.	0,039 mm.	0,059 mm.
2	0,007 —	0,058 —	0,019 —	0,078 —
3	0,015 —	0,070 —	0,031 —	0,039 —
4	0,011 —	0,058 —	0,031 —	0,058 —
5	0,007 —	0,117 —	0,039 —	0,058 —

Les dimensions des surfaces des ganglions présentaient les rapports suivants :

	CÔTÉ MALADE.	CÔTÉ SAIN.
1.	0,0001 mm. carrés.	0,0023 mm. carrés.
2.	0,0001 —	0,0015 —
3.	0,0010 —	0,0012 —
4.	0,0006 —	0,0017 —
5.	0,0008 —	0,0032 —

En moyenne, les surfaces des ganglions normaux avaient : 0^m 0018 carrés et celles des ganglions réduits : 0^m 0006.

Les ganglions étant des éléments constitutifs du corps, dont la forme se rapproche de celle de la sphère, leur contenu sera une fonction de la troisième puissance de leurs rayons. Au lieu de la valeur du rayon, prenons la moyenne du diamètre transversal des ganglions sains (0^m 032) et celle des ganglions atrophiés (0^m 10). On voit dès lors que le volume des ganglions sains est, par rapport à celui des ganglions malades, à peu près comme 32,768 : 1,000 ou 32 : 1.

Il en résulte donc : que *les ganglions placés sur les côtés de la tumeur étaient devenus, par suite de la pression, à peu près trente-deux fois plus petits qu'à l'état normal.*

[1] Krause, dans son *Traité d'anatomie générale et de microscopie* (Hanovre, 1881, p. 162), donne comme longueur moyenne des ganglions de la moelle 0,07 mm. et comme largeur 0,055 mm.

Nous entendons souvent reprocher aux expériences faites sur les animaux vivants, qu'elles créent des conditions anormales, qu'elles dépendent des circonstances fortuites qu'on ne peut pas prévoir et qu'elles ne sauraient, par conséquent, être reportées sur l'homme.

Tout en accordant que la valeur de ces expériences dépend des particularités individuelles de l'expérimentateur, qu'elles peuvent franchir certaines limites, on doit être d'avis que pour connaître les phénomènes qui se produisent chez l'*homme*, on doit surtout faire des observations sur lui, des observations cliniques dans lesquelles on peut établir d'une manière précise et scientifique les rapports avec les causes naturelles fondamentales. — Car un phénomène pathologique est le résultat d'une expérience faite par la nature sur l'homme, et une telle expérience ne trompe certainement pas, car elle est l'expression réelle d'une fonction humaine dérangée, et doit nous montrer clairement et nettement la fonction naturelle d'un organe malade, dans le cas où on aurait constaté que la lésion matérielle d'un organe est la cause de cet état pathologique. Pour le clinicien qui doit interpréter la nature humaine, l'expérience sur les animaux ne doit pas être le seul, ni le plus préféré des moyens pour ses recherches, mais bien un moyen indispensable pour compléter ses observations cliniques, contrôler l'interprétation des phénomènes pathologiques, et remplir les lacunes qui existeraient dans ses déductions forcément restreintes par les limites naturelles de l'observation chez l'homme. C'est pour cela que toute modification matérielle survenue dans le système nerveux central chez l'homme, dont la marche a été suivie attentivement et contrôlée pour l'autopsie, a l'avantage, sur une expérience analogue faite sur un animal, de nous apprendre des faits certains et ne permettant pas l'équivoque, et dont on peut sûrement tirer des conclusions absolues.

Ainsi le cas décrit plus haut nous donne quelques aperçus intéressants et inconnus jusqu'à présent sur la nature et sur certaines propriétés des éléments de la moelle épinière, d'autant plus précieux qu'il seraient difficilement réalisables par voie expérimentale.

Nous voyons d'abord la grande faculté d'adaptation à une pression lente et croissante, dont jouissent les tissus de la moelle. Si on connaissait déjà par la voie expérimentale qu'un nerf périphérique peut être comprimé jusqu'à changer complè-

tement de forme, sans pour cela perdre sa conductibilité, on ignorait pourtant ce fait, que non seulement les nerfs, mais les ganglions aussi pouvaient être modifiés dans leur forme sans subir aucune altération fonctionnelle. *Nerfs et ganglions réduits à une petite fraction de leur volume naturel ne perdent rien de leurs facultés fonctionnelles.*

J'évite à dessein de me laisser entraîner dans des considérations auxquelles les faits cités plus haut donneraient facilement lieu, mais je dois cependant insister sur un point de la question.

Nous sommes disposés aujourd'hui à considérer comme un devoir de chercher une explication matérielle aux phénomènes vitaux, et nous usons de ce procédé dans les limites du possible pour expliquer différentes fonctions nerveuses.

Une proposition fondamentale de mécanique nous enseigne que la force est une propriété inhérente à la matière et que sa grandeur est en rapport direct avec le volume de la matière que contient cette force.

En physiologie, beaucoup de faits démontrent que cette proposition peut s'appliquer à des phénomènes vitaux. Un exemple suffit pour en donner la preuve. La hauteur à laquelle un muscle peut élever un poids donné dépend de la longueur des fibres de ce muscle et sa force est déterminée par le nombre de fibres qui entrent dans sa composition. La longueur et le diamètre du muscle déterminent la masse.

Dans notre cas, le malade avait le bras gauche aussi fort et bien nourri que le bras droit, nous ne pouvions avoir le moindre doute sur sa capacité fonctionnelle, et pourtant la plus grande partie des ganglions de la corne antérieure, qui innervent le bras, avaient subi une réduction d'une 30e partie de leur volume. Ce fait bien évident nous conduit à cette conclusion *que la loi fondamentale des rapports de la force à la masse souffre une exception pour la substance des ganglions.*

A cette exception nous pouvons en ajouter une autre, l'intelligence, qui est une fonction du cerveau, varie dans la race humaine dans des proportions énormes, tandis que la masse cérébrale subit des variations très limitées.

Notre cas offre encore quelque intérêt sous le rapport histologique.

D'après Klebs, la plupart des tumeurs du cerveau et de la moelle sont des neurogliomes, c'est-à dire des hyperplasies des tissus normaux du cerveau et de la moelle. Les tumeurs plus

rares qu'on rencontre encore dans l'axe cérébro-spinal rentrent dans la catégorie des tumeurs de tissu conjonctif. Parmi celles-ci, il distingue celles dont les éléments cellulaires, liés entr'eux par une substance interstitielle, se rapprochent le plus du tissu conjonctif normal comme le sarcome, et, celles qui sont constituées par des cellules indépendantes comme l'épithélion. Il faut encore, dit Klebs, distinguer les vrais sarcomes de ceux qu'on appelle faux sarcomes. Les vrais sarcomes sont ceux qui sont composés de tissu conjonctif jeune, primitif; tous les autres, qu'on distingue généralement sous ce nom, sont des neurogliomes.

Plus loin Klebs indique les différences qui existent entre les sarcomes et les neurogliomes sous le rapport de l'origine et des fonctions.

Les sarcomes naissent de la surface endothéliale de la pie-mère ou des vaisseaux, tandis que les neurogliomes surgissent du système nerveux lui-même. Les sarcomes forment des masses de tissus hétérogènes qui ne se confondent jamais avec le tissu nerveux et s'étendent à ses dépens en le comprimant; les neurogliomes, au contraire, sont des excroissances du tissu nerveux qui se développent à côté d'éléments de même nature et qui s'épanouissent sans limites dans le tissu nerveux normal. Là où surgissent les sarcomes, le tissu nerveux périt; où les neurogliomes se développent, là les éléments du système nerveux augmentent. Il s'en suit que les sarcomes provoquent de bonne heure des troubles fonctionnels, tandis que les neurogliomes ne les provoquent que fort tard ou pas du tout. Enfin Klebs conclut que, les neurogliomes ne se distinguent pas histologiquement entre eux, qu'ils sortent de la névroglie ou du tissu nerveux lui-même.

Il considère, par conséquent, *la névroglie elle-même comme un tissu d'origine et de caractère nerveux*, et propose de donner de préférence le nom de neurogliome ou gliome de Virchow.

Malheureusement notre cas ne peut pas servir de soutien aux conclusions de Klebs. La structure de notre tumeur ne laisse aucun doute à cet égard; d'après Klebs lui-même, c'est un vrai sarcome. Et pourtant, d'après les rapports microscopiques de la tumeur, elle ne provenait ni de la surface de la moelle, ni de la pie-mère, ni des vaisseaux, mais très vraisemblablement de la névroglie de la substance grise. La tumeur ne tenait à la pie-mère que par un petit faisceau de tissu conjonctif parcouru de

quelques vaisseaux. Quoique la tumeur possédât les propriétés des sarcomes cités par Klebs, c'est-à-dire de se développer aux dépens du tissu nerveux et de ne pas se confondre avec celui-ci, il n'y avait aucune altération fonctionnelle dans notre cas, fait contraire aux conclusions de l'auteur.

Notre cas est important avant tout, parce qu'il donne des éclaircissements définitifs sur la nature histologique du tissu de la névroglie.

Quand un vrai sarcome surgit de la substance grise, si riche en névroglie, cette névroglie ne peut être d'origine nerveuse, mais bien, comme la tumeur elle-même, procéder du tissu conjonctif. Et même dans le cas où on ne trouverait pas encore dans la description que j'ai donnée une preuve suffisante de la genèse du sarcome et de la névroglie, la réaction par le violet de gentiane, que j'ai très minutieusement décrite plus haut, prouve que cette dernière substance appartient au tissu conjonctif. En effet le violet de gentiane a coloré la substance blanche, en violet le tissu du sarcome et la substance grise en bleu.

Il résulte donc que la névroglie a les propriétés du tissu conjonctif.

Ce fait nous conduit à une conclusion intéressante et nouvelle.

Dans mon travail sur « les vaisseaux de la moelle épinière chez l'homme »[1] publié récemment, j'ai fait constater *que les travées de la substance blanche* accompagnent les plus grandes ramifications des vaisseaux de la moelle et que la substance grise est le siège des capillaires. Or, les travées de la substance blanche sont composées de tissu conjonctif ordinaire fibrillaire, tandis que la substance grise contient surtout des névroglies.

Il résulte que le système nerveux central se distingue des autres organes par la pression de deux sortes de tissus conjonctifs. Il possède : 1° un tissu conjonctif ordinaire, fibrillaire, comme les autres organes, qui accompagne les gros vaisseaux, et, 2° une espèce particulière de substance de soutien dans le domaine des capillaires, c'est la névroglie.

[1] *Sitzungber. der K. K. Akad. der Wiss. zu Wien. Math. naturwiss. Classe*, LXXXIV, 1882.

PLANCHE V

Les cinq premières figures représentent des coupes successives (de haut en bas) de la moelle au niveau de la tumeur.

Fig. 1. — Augmentation du volume de la moelle antérieure de la corne antérieure gauche sans altération de structure.

Fig. 2. — La corne antérieure gauche offre une densité plus grande et une moindre transparence.

Fig. 3. — Tumeur de la corne antérieure, entourée d'une fine capsule de tissu conjonctif.

Fig. 4. — Développement complet de la tumeur constituée par des pelotons entremêlés (coloration au violet de gentiane).

Fig. 5. — Noyau de consistance osseuse constitué par des concrétions cristallines.

Fig. 6. — Grossissement de la tumeur (*fig.* 4).

Fig. 7. — Concrétions cristallines à couches concentriques (de la *fig.* 5).

Fig. 8. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté droit.

Fig. 9. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté gauche.

REVUE CRITIQUE

DES TROUBLES NERVEUX OBSERVÉS CHEZ LES DIABÉTIQUES;

Par D. BERNARD et CH. FÉRÉ.

Marchal (de Calvi), qui a appelé l'attention sur les accidents cérébro-spinaux dans le cours du diabète, a émis le premier l'opinion qu'ils devaient être secondaires. « La physiologie expérimentale, dit-il, ayant démontré que les lésions variées de l'axe cérébro spinal peuvent occasionner le diabète, du moins la glycosurie, on a observé sous cette prévention, et toutes les fois que des lésions de ce genre se sont présentées chez des diabétiques, on les a regardées comme primitives sans même

se demander si, au contraire, elles ne pouvaient pas être consécutives et produites par la maladie sucrée [1]. »

A la même époque, Ogle rapportait aussi au diabète certains troubles nerveux observés pendant le cours de cette maladie. La discussion de cette question présente certainement un grand intérêt; mais l'étude épisodique des divers troubles nerveux que l'on rencontre, on peut dire si fréquemment, chez les diabétiques, est surtout utile en clinique. C'est sur leur description que nous nous arrêterons, sans insister sur les conditions encore mal connues dans lesquelles ils se produisent.

Disons toutefois que M. Bouchardat pense que ces accidents « s'observent surtout chez les glycosuriques qui mangent plus de viande et prennent plus d'alcooliques qu'il ne faudrait [2] ». Pour M. Bouchard, « de tels symptômes ne s'observent pas plus spécialement dans telle ou telle forme de la maladie... bien que leur pathogénie soit encore fort obscure, il parait vraisemblable qu'ils peuvent s'expliquer, soit par des altérations humorales, et par le trouble de la nutrition cérébrale qui peut en être la conséquence, soit par les altérations vasculaires capables de modifier l'irrigation des centres nerveux. Dans l'état actuel de nos connaissances, on serait tenté de les rapporter soit à l'hyperglycémie, ou à l'hydrémie, ou à l'acétonémie, soit à la prolifération conjonctive des vaisseaux qui chez les diabétiques ont été constatées dans différents viscères [3] ».

La plupart de ces symptômes semblent, non pas tant, sous la dépendance du diabète lui-même que sous celle du trouble général de la nutrition que détermine la glycosurie. D'ailleurs des accidents très analogues se rencontrent assez fréquemment chez des sujets atteints de la diathèse urique qui a une parenté si étroite avec le diabète. Ce qui montre bien que la présence du sucre dans les urines n'est pas la condition indispensable à la production des accidents, c'est qu'ils se manifestent souvent quand le sucre a diminué ; et il n'est pas rare de voir des diabétiques succomber à des accidents cérébraux précisément au moment où ils ne sont plus glycosuriques.

Ces troubles sont du reste très divers et peuvent atteindre la

[1] Marchal (de Calvi). — *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète*; 1864, p. 349.

[2] Bouchardat. — *De la glycosurie ou diabète sucré*, etc., 1875, p. 79.

[3] Bouchard. — *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882, p. 181.

motilité, la sensibilité générale et spéciale, les fonctions intellectuelles, la nutrition. Ils ont pour caractère commun de se présenter la plupart du temps d'une manière tout à fait imprévu[1].

A. *Troubles de la motilité.* — Il n'est guère de troubles du mouvement qu'on n'ait observés dans le cours du diabète.

Le plus précoce, le plus fréquent et aussi le plus important pour le diagnostic est cette sensation de fatigue, de brisement, de lassitude, ce dépérissement de l'énergie musculaire[1] dont Marchal (de Calvi) a le premier montré toute la valeur clinique. Elle ne dépend pas de l'amaigrissement musculaire, complication tardive de la maladie qui nous occupe. Elle se montre avant tous les autres symptômes soit aux membres inférieurs, soit aux lombes, simulant ici le lumbago. Elle peut être poussée assez loin pour éveiller l'idée d'une affection médullaire (Lasègue). La marche s'embarrasse, les mouvements sont lents, pénibles, sans vigueur (*Compendium de médecine*). Elle est plus ou moins marquée, elle disparait, elle revient spontanément ou suivant les variations de la glycosurie, l'observation du régime approprié. Divers phénomènes l'accompagnent, troubles de l'intelligence et des facultés affectives, etc.

M. Lécorché assigne pour cause à cette lassitude la nutrition vicieuse du muscle par le sang chargé de sucre, ce qui n'explique pas ses localisations habituelles.

Une circonstance intéresssante à noter, c'est que ce dépérissement des forces peut apparaître subitement à l'occasion d'un traumatisme même léger.

Quant aux *paralysies* proprement dites, elles sont loin d'être rares. Elles sont souvent localisées, partielles et incomplètes; il n'est pas exceptionel, toutefois, qu'elles se présentent sous la forme d'une hémiplégie totale. Il arrive souvent que ces paralysies coïncident avec d'autres accidents qui sont en relation évidente avec le diabète et qui, par conséquent, peuvent en indiquer l'origine.

Elles peuvent débuter subitement par une attaque d'apoplexie, comme on le voit dans un cas, rapporté par M. Lasègue[2], d'un jeune homme qui fut frappé d'apoplexie avec coma

[1] Seegen. — *Der diabetes mellitus auf grundlage zahlreicher beobachtungen*, p. 115.

[2] *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, février 1882.

complet, qui laissa après elle une hémiplégie qui guérit, et les accidents se reproduisirent l'année suivante, avec une intensité moindre il est vrai.

Il peut arriver d'ailleurs que le malade ne se relève pas du choc : Watson[1], Copland[2], Aitken[3], etc., ont observé des cas de mort par *apoplexie*. D'autres fois, on observe une *perte de connaissance* subite, dont le malade se tire sans paralysie, ou encore tout se borne à un *vertige*.

Plus souvent peut-être, la paralysie se produit sans choc, ni perte de connaissance. Quelquefois elle est précédée par une sorte d'état vertigineux.

Ces *hémiplégies* peuvent présenter des associations bizarres, dont l'origine est exactement contemporaine ; un malade observé par M. Charcot fut pris une nuit, sans perte de connaissance, d'une hémiplégie gauche respectant la face, mais accompagnée d'une chute de la paupière supérieure droite. Il s'agit là d'une hémiplégie combinée avec une monoplégie du côté opposé.

Les *monoplégies* sont, en effet, très fréquentes dans le cours du diabète, assez fréquentes même pour qu'on doive toujours, dans un cas de paralysie limitée, rechercher s'il n'existe pas de sucre dans les urines.

Ces paralysies peuvent être bornées à un membre ou même à un segment de membre ; souvent elles sont limitées à la face où elles peuvent n'occuper qu'un seul muscle, ou un petit groupe de muscles ; elles atteignent fréquemment la langue ou les muscles moteurs de l'œil. Ces faits sont nombreux dans les divers auteurs qui ont traité du diabète et de ses accidents ; nous en trouvons plusieurs encore dans les notes qui nous ont été communiquées par notre maître M. le professeur Charcot. Plusieurs sont particulièrement intéressantes en ce qu'on voit les paralysies partielles s'ajouter les unes aux autres.

OBSERVATION I. — Mme X..., diabétique ; névralgie faciale, puis diplopie et chute de la paupière supérieure droite. Quelques mois après, déviation de la commissure labiale gauche, avec embarras de la parole et de la déglutition. Quelque temps après, tout à coup, embarras plus considérable de la parole, qui n'est jamais redevenue normale.

[1] *Lectures on the Principles and practice of physic.*, 1857, t. II, p. 650.

[2] *Dictionary of pract. med.*, 1866, p. 198.

[3] *Science and practice of medicine*, t. II, p. 143.

Observation II. — M. C..., diabétique; parésie des extenseurs de la cuisse gauche. Puis, après une autre attaque, embarras de la parole et déviation de la bouche à gauche.

Observation III. — M. de B..., diabétique. Aphasie totale avec paralysie faciale droite. Quelques jours après, l'index de la main droite ne peut plus être étendu, il est le siège d'engourdissement et d'un peu d'analgésie (bruit de galop, myocardite scléreuse de M. Rigal).

Observation IV. — M. P..., diabétique, sans troubles fonctionnels bien marqués, s'affaiblit tout à coup et considérablement à la suite d'un traumatisme léger. Une nuit il est pris subitement, sans perte de connaissance, d'une paralysie du bras gauche avec engourdissement du membre et un peu d'embarras de la parole. Le membre inférieur est resté indemne.

Mais un des faits les plus remarquables de ces monoplégies combinées est celui qui est rapporté par M. Ogle[1].

Observation V. — Paralysie du bras droit et du côté droit de la face (coïncidant avec la disparition du sucre dans l'urine; difficulté de l'articulation des mots. Paralysie du bras gauche; difficulté pour ouvrir la bouche; application défectueuse des mots. Strabisme, ptosis, dilatation de la pupille droite, etc.

Ces monoplégies, qu'elles soient isolées ou combinées, peuvent être tout à fait transitoires, ne durer que quelques heures par exemple; il en est de même des hémiplégies. Un autre caractère de ces paralysies, c'est qu'elles sont souvent incomplètes. Dans sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu de Rouen*, M. Leudet cite un diabétique, qui, au milieu d'un délire calme, accuse des fourmillements, plus un affaiblissement tel du membre inférieur gauche que, sans abolition des mouvements volontaires, il ne peut se tenir debout. D'autres fois, la paralysie est à la fois incomplète et tout à fait éphémère comme chez un malade de M. Charcot.

Observation VI. — Le Dr H..., diabétique. Faiblesse des membres inférieurs, douleurs en ceinture; anesthésie des membres inférieurs du scrotum du bas-ventre; engourdissements, fourmillements dans les mains. Plusieurs chutes subites par suite d'affaiblissement instantané de la jambe gauche.

[1] *On diseases of the brain as a result of diabetes mellitus.* (*Saint Georges hospital Reports*, t. I, 1866, p. 160.)

Les *troubles de la parole* que l'on observe dans le cours du diabète sont loin d'être toujours dus à une paralysie motrice; ils reconnaissent souvent pour cause l'affaiblissement général combiné à la sécheresse de la langue. Il n'est pas très rare non plus qu'il existe une perte plus ou moins complète de la mémoire des mots.

Certaines aphonies passagères sont peut-être susceptibles d'être attribuées à une paralysie temporaire des muscles du larynx.

Quant aux *paralysies des muscles de l'œil*, il n'en existe pas d'observations assez concluantes, même dans la thèse de Kiwatkowski, qui attribue au diabète une paralysie du pathétique. L'un de nous a observé une paralysie du droit externe survenue dans les mêmes conditions.

Ces paralysies à forme hémiplégique générale, ou partielle, doivent être rapportées à des lésions d'origine encéphalique. Il en existe d'autres à forme *paraplégique* qui sont attribuables à des lésions médullaires. — Marchal (de Calvi), rapportant l'observation d'un malade amaurotique et paraplégique, depuis longtemps, ajoute : « Il serait possible que le diabète produisît la paraplégie comme il produit l'amaurose ».

On peut même observer dans les mêmes conditions la *paraplégie cervicale*. — Un malade de Lecadre [1], est pris d'une vive douleur dans le cou, douleur qui s'étend le long du rachis et est suivie d'une immobilité complète. Les organes thoraciques sont paralysés à leur tour. Les poumons s'embarrassent et la mort arrive par la cessation de l'acte respiratoire.

Un autre trouble moteur fort intéressant au point de vue séméiologique consiste en une sorte de paralysie du sens musculaire, caractérisée par un manque d'assurance dans la marche, surtout dans l'obscurité. Ce symptôme peut s'associer à une sensation de picotement dans les membres inférieurs, comme nous le trouvons mentionné dans une note adressée à M. Charcot par M. le Dr Stokvis (d'Amsterdam), à propos d'une malade qu'il lui envoyait et qui d'ailleurs fut guérie par le régime. Ces cas sont très importants à connaître parce qu'ils peuvent faire penser à tort à des phénomènes tabétiques.

Parmi les troubles des organes de la locomotion, on doit encore ranger les crampes et les convulsions.

[1] Cité par Marchal (de Calvi), *loc. cit.*, p. 207 et 351.

Le phénomène si douloureux et si mal connu de la *crampe*, peut être rapproché de la sensation de lassitude pour l'époque d'apparition, la fréquence et la valeur clinique. On les observe surtout aux membres inférieurs, et durant la nuit; non moins que la polydipsie et les mictions nocturnes, contribuent avec les sensations subjectives diverses fourmillements, picotements, sensations de froid, etc., à provoquer l'*insomnie* qui se manifeste assez souvent d'ailleurs chez les diabétiques en dehors de tout besoin et de toute sensation spéciale, et doit appeler notre attention sur l'état des urines. Nous avons souvent entendu notre maître, le professeur Fabre (de Marseille), insister sur cette insomnie fatigante qui semble le premier indice des troubles de la circulation cérébrale et peut être l'avant-coureur de phénomènes plus graves.

Les *convulsions* peuvent se montrer isolément ou associées au coma diabétique, ou encore en connexion avec des phénomènes paralytiques. Duncan rapporte le cas du docteur Peter Shee, diabétique, qui fut affecté d'accidents convulsifs et paralytiques du côté droit; M. Leudet[1] rapporte un fait du même genre, et on en pourrait citer d'autres. Cette association de phénomènes convulsifs et paralytiques, peut faire admettre l'origine corticale de la lésion, d'autant mieux que quelquefois les convulsions présentent très nettement les caractères de l'épilepsie partielle monoplégique et alternent avec une paralysie transitoire de même siège, comme le montre le fait suivant de M. Charcot.

Observation VII. — M. M..., diabétique. Épilepsie partielle du côté gauche occupant surtout le bras; de temps en temps, parésie du côté gauche, douleurs fulgurantes dans les bras et les jambes.

Les *vertiges* que l'on observe quelquefois[2] peuvent peut-être être rapprochés de ces phénomènes épileptiformes.

Une circonstance importante à noter au point de vue de la pathogénie, c'est que ces paralysies peuvent se développer quelque temps avant que le diabète n'apparaisse comme dans le fait de Pavy, ou bien précisément au moment où le sucre disparaît, comme chez le malade de Ogle, ou bien encore quand il a complètement disparu depuis plusieurs mois, comme chez une malade que nous avons eu récemment l'occasion d'observer.

[1] *Loc. cit.*, p. 285.

[2] Lécorché et Talamon. — *Etudes médicales*, etc., 1881, p. 27.

Ces troubles moteurs, comme du reste les troubles sensitifs que nous allons étudier ensuite, sont sujets à des rémissions fréquentes: c'est ce qui avait fait penser à Marchal (de Calvi) qu'ils étaient d'origine congestive, mais la plupart des accidents localisés qui guérissent peuvent tout aussi bien s'expliquer par des destructions limitées qui se trouvent suppléées par les parties similaires. Dickinson[1] a d'ailleurs décrit dans le système nerveux des diabétiques des lésions qu'il croit à tort, il nous semble, développées primitivement et qui sont de nature à expliquer tous les troubles limités. Ce sont des excavations miliaires qui se rencontrent le long des vaisseaux et dans lesquelles on trouve du sang extravasé ou des cristaux d'hématine indiquant leur origine hémorrhagique, et des foyers de sclérose miliaire qui peuvent se rencontrer aussi bien dans le cerveau que dans la moelle. Rappelons toutefois que Müller, Kulz, Taylor et Goodhart[2] n'ont point retrouvé ces lésions.

B. *Troubles de la sensibilité.* — L'anesthésie complète est rarement notée dans les cas de diabète, surtout à l'état isolé. Une large plaque d'anesthésie se voyait sur la cuisse d'un jeune diabétique hémiplégique observé par M. Lasègue. Un malade de Dionis offrait, sur les deux gros orteils, une anesthésie à la chaleur et une sensation de froid persistante dont il s'aperçut dans le bain; un an plus tard, gangrène de ces parties. M. Lécorché a étudié l'anesthésie avec le compas de Weber, il est arrivé aux mêmes résultats que Laycock, résultats peu intéressants, dit-il lui-même. D'après les auteurs du Compendium de médecine, la sensibilité de la peau devient obtuse ou s'efface complètement, si bien que Naumann a pu arracher les poils en certains points sans causer de douleurs au patient.

Souvent, au contraire, ces diabétiques accusent des fourmillements, des sensations de compression, de refroidissement, de chaleur, de l'engourdissement des extrémités ou d'une extrémité isolée. C'est plus souvent sur les membres inférieurs qu'on trouve cette anesthésie. Quelquefois elle se montre par plaques sur diverses parties du corps, sur les organes génitaux, par exemple. Une femme de soixante ans accuse du côté droit des douleurs constantes, tiraillements, crampes, s'exaspérant

[1] Dickinson. — *Diabetes*, London 1877, p. 30.

[2] *On the nervous system in Diabetes.* (*Guy's hosp. Rep.* 1877, t. XXII, p. 115.)

par moments, ne lui laissant nul répit. Le toucher, parfois le simple contact des vêtements exagère ses souffrances, jamais la pression violente. Ces phénomènes peuvent exister sans nulle diminution de force, avec bonne santé et aucun autre symptôme diabétique que la glycosurie. L'état de cette dernière n'a jamais influé sur ces symptômes (Trousseau).

Le diabétique est très sensible au froid extérieur (Trousseau). La sensation du froid peut être générale (Fritz), alterner avec celle de chaleur, états à distingner des véritables frissons de la période de consomption (Trousseau).

La sensibilité tactile disparaît et le diabétique ne peut tenir un objet fin, une épingle, dans ses doigts, sans la fixer des yeux (Lecorché), ou bien elle est pervertie. Une malade de M. Lecorché [1] ne sentait plus ses pieds. Celui de Dionis [2] croyait marcher sur des filets de corde à larges mailles. Il n'y a pas que ces troubles de la sensibilité, nous le verrons plus loin, qui rappellent ceux du tabes dorsal.

D'autres phénomènes douloureux que les crampes affectent le diabétique.

Ce sont des douleurs vagues, articulaires, se combinant alors avec la sensation de lassitude. Souvent elles se localisent dans les lombes, les hanches (Marchal de Calvi), ou la région dorsale. Beaucoup plus importante, selon Leudet [3], est la douleur de la nuque qu'il a rencontrée dans près de la moitié des cas observés par lui (six fois sur treize). Les malades la comparent à une brûlure, à la morsure d'un chien. Avec elle, on constate de la raideur du cou. Elle s'étend depuis l'occipital jusqu'aux fesses dans les efforts faits par le malade. Leudet la croit liée à l'amblyopie. Chez un malade de Marchal (de Calvi) [4], le coït provoquait, avec de la congestion cérébrale, une douleur atroce et subite à la nuque, une chaleur brûlante au front.

La douleur peut se localiser à la tête.Le malade la compare à une calotte de plomb pesant sur son crâne (Leudet [5]).

Bien souvent, la douleur revêt la forme névralgique. Un malade de M. Charcot fut atteint d'une névralgie faciale

[1] Lécorché et Talamon. — *Et. médicales faites à la Maison de santé*, p. 31.
[2] Dionis. — *Monit. des hôp.*, 1857.
[3] Leudet. — *Clin. méd.*, p. 315.
[4] Marchal (de Calvi), *loc. cit.*, p. 353.
[5] Leudet. — *Clin. méd.*, p. 279.

rebelle ; mais les troubles de ce genre, dans le cours du diabète, sur lesquels on a le plus insisté, sont les *névralgies symétriques* et de longue durée, parmi lesquelles les sciatiques, étudiées tout d'abord par M. Worms [1], semblent les plus fréquentes. (Buzzard [2], Drasche [3].)

M. Huchard [4] pense que ces névralgies ont pour cause l'arthritis. Marchal (de Calvi) incriminait déjà la diathèse urique, qui tenait sous sa dépendance la névralgie et le diabète, en sorte « qu'il en vint à penser que, pour conjurer la sciatique, il fallait laisser subsister un peu de diabète ». Cette idée a été reprise à propos du coma diabétique.

M. Lecorché, signalant la névralgie intercostale, pense que celle qui siège à droite, coïncidant avec une sensibilité douloureuse du foie, pourrait bien dépendre de la congestion hépatique.

A côté des névralgies, il faut citer les *douleurs fulgurantes* sur lesquelles M. Charcot a appelé l'attention à plusieurs reprises dans ses leçons et que nous retrouvons dans plusieurs de ses observations. M. Raymond [5] a eu aussi l'occasion d'observer un fait semblable et du même caractère, « des douleurs sous forme d'éclairs allant de la fesse aux orteils, en suivant le trajet du sciatique, par crises de deux ou trois heures se répétant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et spontanément ». C'est là un fait très intéressant à connaître, car ces douleurs dont on peut concevoir la combinaison avec des troubles de la station, l'anesthésie plantaire, ou des hyperesthésies transitoires et en plaques comme nous en connaissons un exemple, pourraient amener la confusion, à un examen superficiel, avec le tabes ataxique.

Les organes des sens, les viscères même offrent des troubles de leur sensibilité spéciale.

Pour la fréquence et l'importance, il faut avant tout citer la frigidité. Bouchardat a pu dire que « les troubles de la vue et l'impuissance sont les deux thermomètres qu'il interroge le plus

[1] Worms. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 2e série, t. IX.
[2] Buzzard. — *The Lancet*, t. I, 1882.
[3] Drasche. — *Diabetis che neuralgien* (*Wiener. med. Woch.*) 1882.
[4] Axenfeld et Huchard. — *Traité des névroses*, 1882, p. 882 (en note).
[5] *Gaz. méd.* 1881, p. 627.

fréquemment pour mesurer l'intensité et l'ancienneté de la glycosurie[1]. »

Il y a perte de l'appétit génésique et de l'aptitude à remplir la fonction (Lasègue). Chez la femme, il peut même exister de la répugnance (Lasègue). Ce symptôme capital a d'ailleurs été bien indiqué par tous les auteurs.

Faut-il croire avec M. Legrand du Saulle, qu'à l'inverse de ce qui arrive quand la frigidité est l'effet de l'âge, le diabétique accepte avec résignation et indifférence la perte de ses aptitudes viriles ; ou bien au contraire, avec Durand-Fardel, que l'anaphrodisie est bien souvent la cause des vésanies observées dans le cours du diabète ?

Leroux[2] signale d'après Niedergesass, chez une malade de douze ans, de violentes démangeaisons de la peau, et par suite de grattages, des excoriations sur le dos et les extrémités. M. Peter[3] a observé un fait analogue chez un sujet de soixante-quatre ans.

Certaines névroses comme l'*asthme*, l'*angine de poitrine*, le *goître exophthalmique*[4] peuvent être liées à la glycosurie.

Bien que l'ouïe soit le sens le plus épargné par le diabète, selon Bouchardat, la *surdité* est plus fréquente chez les diabétiques que chez le commun des hommes. Tantôt légère et passagère (Lécorché), tantôt complète (Dreysig), est-elle un phénomène purement nerveux (Prout[5]) ou bien relève-t-elle d'une lésion de l'oreille ? M. Raynaud[6] a décrit l'otite moyenne survenant à la période ultime de la phthisurie.

Chez une malade de Trousseau, une otalgie violente de l'oreille gauche précéda une hémiplégie droite et le coma final. Dupuy de Fronsac observa chez le même sujet la cophose et l'amblyopie, et Leudet l'anosmie du même côté. La perversion de l'odorat est mentionnée par Lécorché.

Quant aux troubles gustatifs, le même auteur n'y voit qu'un effet de l'altération des sécrétions buccales. Une malade de Jordao ne sentait plus le poivre.

[1] Bouchardat. — *Loc. cit.*, p. 44.

[2] Leroux. — *Th. Paris*, 1881.

[3] Peter. — *Clin. médic.*, t. II. p. 760.

[4] Panas. — *Arch. d'ophthalmologie*, 1881.

[5] W. Prout. — *On the nature and treatment of stomac and renal diseases*, 3e édit., London 1848, p. 32.

[6] *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1882.

Troubles oculaires. — Ils ont la plus grande importance pour le diagnostic et le pronostic. De plus, la connaissance exacte des lésions rétiniennes diabétiques pourra sans doute aider à pénétrer la nature des accidents cérébraux de même origine.

Nous ne parlerons pas de la cataracte diabétique. Peut-on parfois rattacher la kératite, l'iritis, l'irido-choroïdite au diabète et même aux troubles ou aux lésions concomitantes du système nerveux? Les observations ne permettent pas de conclure. Celle de la femme Taupin publiée par Leudet, montre combien la question est complexe. Bien avant Galezowsky et Kiwatkowski[1], son élève, Marchal (de Calvi)[2], avait attiré l'attention sur ces faits et rappelé les suppurations oculaires observées par Magendie sur des chiens soumis à un régime excessivement sucré. M. le professeur Panas insiste souvent sur la nécessité de réviser la pathogénie des kératites graves et rapides dont la cause échappe et d'analyser fréquemment en pareil cas les urines.

C'est dans l'ouvrage célèbre de Rollo[3] que l'on trouve la première mention des troubles oculaires chez les diabétiques, mention due à Willan.

Heyl[4] donne la priorité à Blankaart d'Amsterdam (1688) ; il s'agissait d'une tumeur cérébrale et il y avait pure coïncidence, comme le montre la lecture de l'observation.

Depuis le commencement du siècle, il n'est pas d'auteurs qui ne les aient signalés et la plupart ont insisté sur leur fréquence et leur importance. A Desmares[5] revient l'honneur d'avoir le premier décrit et figuré les lésions de la rétine observées dans le cours du diabète, d'avoir établi leur affinité avec celles qu'on rencontre dans l'albuminurie.

La proportion des cas de diabète où se montrent les troubles oculaires est considérable. Bouchardat l'évalue à $\frac{8}{32}$ ou $\frac{1}{4}$. Fauconneau M. Dufresne à $\frac{20}{162}$ ou $\frac{1}{8}$. Selon Lécorché, le premier serait le plus près de la vérité. Voici à cet égard, la statistique de la clinique de Galezowsky, d'après Kiwatkowski.

[1] Kiwatkowski. — Thèse de Paris, 1879.

[2] Marchal (de Calvi). — *Loc. cit.*, p. 354, 361.

[3] Rollo. — *Traité du diabète*, trad. franç., an VI.

[4] Heyl. — *Philadelphia med. Times*, t. X, 1879-1880, p. 318.

[5] Desmarres. — *Maladies des yeux*, 2e édit., t. III, p. 521.

Sur 12,000 maladies de la vision, 48 cas ainsi répartis relèvent du diabète :

Cataractes	13
Maladies de la rétine	17
Atrophie de la papille	3
Paralysies oculaires	4
Hémiopie	3
Amblyopie	8

Lécorché[1] a adopté pour les amblyopies diabétiques, la classification établie par Landouzy[2] dans son étude de l'amblyopie albuminurique. Tout ceux qui en ont traité après lui, en France du moins, l'ont conservée avec raison.

Marchal (de Calvi[3]) distingue l'amblyopie proprement dite et les aberrations visuelles. Le traitement a toujours raison de la première, si grave qu'elle soit. Quant aux secondes, le cadre en paraît bien restreint. Nous n'avons pu classer sous ce chef que le cas rapporté par Dionis. Un malade voyait à sa gauche et à demi renversés les objets placés devant le seul œil qui lui resta.

L'*amblyopie* diabétique est légère ou grave.

L'une ou l'autre forme peut être le premier symptôme révélateur du diabète. Mais l'amblyopie légère s'observe principalement au début de la glycosurie alors qu'encore latente, le médecin la peut si aisément méconnaître. Quelle faute, selon Desmares[4], de ne pas découvrir la véritable nature du mal ! Le médecin met en danger la vie même du sujet.

Les objets apparaissent aux diabétiques à travers un brouillard jaunâtre. La portée des yeux a diminué. Il faut prendre et augmenter sans cesse les verres convexes qui atténuent le trouble visuel. C'est une presbytie prématurée, disait Trousseau. La marche est moins assurée.

Cet état s'exagère après le repas (Lécorché[5]). Rien de plus variable que la marche de cette amblyopie. Elle diminue, s'exagère, disparaît, reparaît pour s'établir définitivement et faire

[1] Lécorché. — *Gaz. hebd.*, 1881.

[2] Landouzy. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1849.

[3] Marchal (de Calvi). — *Loc. cit.*, p. 473.

[4] Desmarres. — *Loc. cit.*

[5] Lécorché. — *Loc. cit.*

place à la seconde forme, soit spontanément, soit sous l'influence de la médication. En général, les deux yeux sont inégalement atteints.

Le professeur Panas [1] a le mieux décrit cette forme d'amblyopie et démontré sa nature. La plupart du temps, il ne s'agit que de parésies accommodatives. Avec le muscle ciliaire, souvent le constricteur de l'iris est pris et l'atropine exagère l'amblyopie. A ce moment les muscles moteurs n'ont jamais offert de paralysie. Le muscle ciliaire peut être complètement paralysé et le malade privé de toute accommodation passerait pour un véritable amblyope si l'examen ophthalmoscopique ne montrait la parfaite intégrité du fond de l'œil ou tout au plus une légère congestion de la papille. Les verres convexes, une fente sténopcique, un trou d'épingle la corrigeront.

Au cas de paralysie incomplète, on constate tous les troubles caractéristiques de l'asthénopie accommodative, variables avec l'état de la réfraction de l'œil, plus marqués chez l'hypermétrope que chez l'emmétrope, chez celui-ci que chez le myope.

Bien que cette amblyopie se montre dans les cas de glycosurie faible, quand les troubles de la santé générale sont peu marqués, selon M. Panas, le diabète n'agirait sur l'appareil accommodateur de l'œil, que comme cause d'épuisement général de l'organisme.

Cette pathogénie, indiquée d'abord par de Græfe, ne semble pas à M. Lecorché [2], applicable dans tous les cas. Parfois, il faudrait incriminer la rétine, un trouble fonctionnel ou circulatoire de cette membrane, et même du centre optique ; car ces troubles de la vision s'observent également dans les hémorrhagies, les flux séreux abondants [3].

On a fait jouer un rôle à l'état chimique des milieux de l'œil. Leur appauvrissement en urée, en chlorure de sodium changerait la direction des rayons visuels. (Müller [4]). « C'est à la lactescence du sang (insuffisamment alcalin), s'opposant à la transparence des humeurs de l'œil, qu'il convient de rapporter l'affaiblissement de la vision si fréquent dans l'albuminurie et

[1] Panas. — In Bouchardat, p. 88.

[2] Lécorché. — *Traité du diabète*, p. 256.

[3] Lécorché. — *Gazette hebdomadaire*, 1861.

[4] Müller. — *Beischreib. der harn.* Francfort 1810.

le diabète. (Mialhe[1]). » Les glycosuriques vieillissent vite, selon Bouchardat[2]. C'est l'appareil qui reçoit les premières atteintes de l'âge qui doit être le plus éprouvé chez eux, la vision, comme aussi l'appareil génital. La présence du sucre dans l'humeur aqueuse suffirait à expliquer l'amblyopie, idée que Hepp (de Strasbourg) avait ruinée par l'analyse chimique et qu'un fait récent de Leber[3] pourrait permettre de soutenir encore.

Avec cette amblyopie peuvent coïncider des vertiges. Marchal (de Calvi)[4] voit dans l'union de ces deux symptômes le signe principal de l'influence du diabète sur l'axe cérébro-spinal.

E. Wickersheimer[5] rapporte un cas d'amblyopie diabétique, sans lésion du fond de l'œil, qui, améliorée par le régime, n'empira pas avec l'affection, fait qui contredit bien des opinions admises, et pas plus que ce qu'on observe à la période terminale de la phthisie pulmonaire, n'est favorable à l'hypothèse de M. Lécorché, la nutrition défectueuse de la rétine.

Les faits que leur persistance ou leur aggravation continue, leur apparition à la fin de la maladie ont permis d'embrasser sous le nom d'amblyopie grave, sont plus nombreux et beaucoup plus complexes.

La cataracte diabétique est regardée comme l'une de ses formes. Elle peut coexister avec les lésions qui nous restent à énumérer et les masquer, ce que le chirurgien ne saurait oublier.

Tantôt le début de l'amblyopie grave est insidieux, tantôt au contraire brusque. Elle succède ordinairement à l'amblyopie légère. Rares sont les amendements qu'on peut observer dans son cours. L'état de la vue va s'aggravant sans cesse, jusqu'à la cécité complète, si la vie se prolonge assez longtemps. L'amblyopie grave peut être le premier signe du diabète, c'est-à-dire apparaître quand tous les signes de l'affection font encore défaut, la glycosurie même. Rarement myodésopsie. Parfois s'observe de la dyschromatopsie, signe d'une atrophie du nerf

[1] Mialhe. — *Chimie appliquée à la physiologie*, p. 164

[2] Bouchardat. — *Diabète*, 1875, p. 44.

[3] Leber. — *Arch. für ophth.*, 1875.

[4] Marchal (de Calvi). — *Loc. cit.*, p. 258.

[5] Wickersheimer. — Thèse de Paris, 1874.

optique. Le champ visuel est rétréci, offre des échancrures, des scotomes. Enfin, depuis longtemps, on a signalé l'hémiopie. (Bouchardat [1], von Græfe, Bellouard [2].)

Ces symptômes dépendent de lésions diverses de la rétine, du nerf optique ou de ses origines.

La rétinite glycosurique s'observe dans les cas graves, alors que les troubles nutritifs et l'amaigrissement général ont fait de rapides progrès. Les symptômes objectifs et subjectifs de cette rétinite ne diffèrent pas de ceux de la rétinite albuminurique.

Leber [3], dans le travail déjà cité, a pu réunir dix-neuf observations, dont plusieurs manquent de détails et d'analyses d'urines suffisants. Le professeur Panas [4] pense, avec la plupart des auteurs, que les caractères objectifs, non moins que les conditions étiologiques, font relever cette rétinite de l'albuminurie qui survient à cette période du diabète. Il ne croit pas cependant la chose nécessaire. A Desmares, il oppose deux de ses propres observations dont les analyses d'urine ont été fournies par Bouchardat et Mialhe, un troisième cas de Noyes et un quatrième de Haltenhof. Les analyses d'urine ont été faites si exactement et si souvent, qu'on ne saurait, comme Desmarres, songer à de l'albuminurie intermittente, qui aurait échappé.

Fond d'œil pâle et gris. Apoplexies et plaques blanches de la rétine, affectant le voisinage de la macula surtout ; telles sont les lésions du fond de l'œil, en tout pareilles à celles de la rétinite albuminurique. D'après Leber, les plaques blanches auraient moins de tendance à se confondre dans la rétinite diabétique, distinction bien subtile. Kiwatkowski [5] a en vain tenté de dresser un tableau de ces différences. L'examen de l'urine peut seul trancher le diagnostic. Des hémorrhagies dans le vitreum et, même d'après Galezowsky, le glaucome hémorrhagique, peuvent compliquer cet état.

Heyl [6] publiait récemment une observation des plus intéres-

[1] Bouchardat. — *Loc. cit.*, et Acad. sciences, 1852.

[2] Bellouard. — Thèse de Paris, 1880.

[3] Leber. — *Loc. cit.*

[4] *Leçons sur les rétinites*, 1878. — Dictionnaire de Jacoud, art. *Rétinites*.

[5] Kiwatkowski. — *Loc. cit.*

[6] Heyl. — *Loc. cit.*

santes de lipémie rétinienne chez un sujet atteint déjà de cataracte nucléaire. L'ophthalmoscope lui montra les vaisseaux, veines et artères d'une teinte fort claire, différant fort peu de celle du fond de l'œil, si bien que l'on pouvait à peine suivre les artères, et un peu mieux les veines larges, mais non flexueuses. Aucune trace de rétinite, ni d'hémorrhagie.

Qu'il y ait ou non albuminurie concomitante, les altérations du sang, celles des vaisseaux, avec l'aide peut-être d'une affection cardiaque, et par suite une hémorrhagie du système vasculaire, ou même une simple diapédèse (Leber), telle serait l'origine des hémorrhagies rétiniennes.

Diabète, albuminurie et rétinite ne dépendraient-ils pas également d'une lésion bulbaire ou protubérantielle (Panas)? La forme de la rétinite glycosurique n'est pas en rapport avec l'idée d'une lésion encéphalique, qui se traduit sur l'œil par une névrite ou une névro-rétinite. N'oublions pas que Leber, Galezowsky, et avant eux Lécorché, avaient observé la névrite et la neuro-rétinite dans le diabète.

Pour M. Lécorché, l'hémorrhagie rétinienne n'est pas compatible avec le diabète, mais fort naturelle dans l'amblyopie albuminurique. Chez un de ses malades, elle survint en même temps qu'une hématurie, et s'accompagna de mouches volantes, de points fixes, de photopsies. Le malade voyait les objets brisés.

Leber pense que des hémorrhagies capillaires pareilles peuvent se produire dans le nerf optique, le chiasma, les bandelettes optiques, de même que dans la rétine et le cerveau, et qu'ainsi s'expliqueraient non seulement l'hémiopie, l'atrophie du nerf optique, mais encore les amblyopies graves du diabète sans lésions appréciables, la dégénération n'ayant pu s'étendre assez loin. C'est là une pure hypothèse que les faits connus d'hémiopie relatés et analysés par Bellouard[1] n'ont encore que contredite. D'après cet auteur, en ces cas, la glycosurie serait purement symptomatique, et probablement d'un syphilome comprimant le mésocéphale.

D'après Desmarres, l'hémorrhagie rétinienne serait le prélude d'une hémorrhagie cérébrale.

Des troubles oculaires pareils ont été décrits dans la phosphaturie, l'hippurie, l'oxalurie, la benzourie, les pertes sémi-

[1] Bellouard. — *Loc. cit.*

nales (Desmarres.) et dans un grand nombre d'états cachectiques (saturnisme, alcoolisme, nicotinisme, chlorose...)[1].

Les troubles de la vue sont rares chez les enfants. Leroux[2] ne les relève que trois fois sur cent cinquante observations. C'est l'opinion professée par M. Lécorché, dès son premier mémoire.

C. Les *facultés intellectuelles* se dérangent, la mémoire s'affaiblit; le malade tombe dans la tristesse, l'abattement, une apathie profonde, un assoupissement interrompu par des rêves effrayants, des hallucinations, des terreurs qui peuvent conduire au suicide. D'autres fois, sans trouble mental caractérisé, le malade se trouve dans un état de défaillance morale, redoutant l'action ; il recherche le repos et l'immobilité, ou encore il reste dans une sorte d'apathie béate[3]. L'excitation morale est beaucoup plus rare. La plupart du temps ces troubles mentaux doivent être rattachés à l'affaiblissement général. (Durand-Fardel.)

A la suite de troubles nerveux divers, on peut voir survenir chez des diabétiques un affaiblissement intellectuel plus ou moins considérable, coïncidant avec un affaiblissement graduel de tous les membres, grâce auxquels le malade offre les apparences de la paralysie générale.

D'ailleurs Delpech a fourni à Marchal (de Calvi[4]) un cas de paralysie générale véritable, survenu chez un glycosurique précédemment affecté d'un anthrax; mais, en présence d'un cas isolé, on doit croire qu'il s'agit d'une simple coïncidence. Quant aux véritables vésanies diabétiques (Monneret et Fleury, Marchal (de Calvi), de los Santos)[5], ce sont probablement de simples coïncidences[6] qui s'expliquent par les rapports fréquents que l'on constate par l'hérédité entre le diabète et l'aliénation mentale ou l'épilepsie (Seegen, Westphal, Griesinger, Lockart-Clarke, etc., etc.). Toutefois, lorsque chez un aliéné diabétique on voit survenir, sous l'influence du traitement, une amélioration portant à la fois sur l'état physique et sur l'état mental (Legrand du Saulle), il faut bien admettre une relation entre les deux ordres de troubles.

[1] Wickersheimer. — Paris, 1874.
[2] Legrand du Saulle. — *Gazette des hôpitaux*, décembre 1877.
[3] *Loc. cit.*, p. 217.
[4] H. Leroux. — *Th. Paris*, 1881.
[5] *De l'état mental chez certains diabétiques*, 1878.
[6] Cotard. — *Archives générales de médecine*, 1877.

D. *Troubles trophiques.* — Certains diabétiques offrent des lésions qui présentent une certaine analogie avec les troubles trophiques que l'on observe dans des affections spinales. On a noté, par exemple, le mal perforant [1] avec des caractères particuliers, tels que : conservation de la sensibilité de la peau au pourtour, apparition d'escarres et d'hémorrhagies abondantes. Ces lésions nous paraissent devoir être rapprochées des gangrènes localisées, dont la relation avec leur altération du système nerveux, n'est rien moins que démontrée.

Cependant, on a quelquefois observé dans le diabète des sueurs localisées, qui montrent bien que l'appareil vaso-moteur peut être partiellement atteint dans certains cas.

On a rencontré aussi des atrophies localisées de la peau (Leudet) et de ses organes accessoires, que l'on peut rapprocher de certaines lésions cutanées notées dans plusieurs affections du système nerveux [2]. Il est possible que ces troubles trophiques localisés reconnaissent pour cause une lésion médullaire très limitée.

Enfin certains cas d'*atrophie musculaire* peuvent être plus sûrement encore rattachés à des lésions des cornes antérieures, de la nature de celles qui ont été signalées par Dickinson.

Observation VII. — M. X..., de Besançon, est atteint d'une atrophie musculaire prédominant dans le membre inférieur gauche. L'exploration électrique a donné à M. R. Vigouroux, les résultats suivants : le tibial antérieur, l'extenseur commun des orteils, le long et le court péroniers latéraux, le vaste interne, sont inexcitables faradiquement, mais avec prédominance de l'anode. Le premier interosseux dorsal de la main gauche donne les mêmes réactions. L'excitabilité mécanique des muscles est exagérée des deux côtés où l'on voit des contractions fibrillaires. Réflexes normaux. Ce n'est qu'après le développement de l'atrophie d'origine spinale que l'on découvrit le diabète.

Si le cas était isolé, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, mais nous avons eu récemment l'occasion d'en observer un autre presque identique.

[1] Clément. — *Considérations sur le mal perforant chez les diabétiques*, thèse 1881.

[2] Cantani. — *Un caso clinico di atrofia cutanea progressiva* (*Morgagni*, 1881.). — Féré et Quermonne : *Sur des vergetures de la peau observées chez des névropathes.* (*Progrès médical*, 1881.)

OBSERVATION IX. — M. J..., du Hâvre, cinquante-quatre ans, maladie du foie avec jaunisse, en 1866. Il y a deux ans, rhumatisme localisé dans le genou droit. Quelque temps après, soif; le malade était obligé de se lever la nuit trois ou quatre fois pour boire. Dans l'espace de six mois environ, les urines, examinées à trois reprises, contenaient 31, 28, 25 grammes de sucre par litre. Aujourd'hui (7 septembre 1882), il y a encore un précipité très abondant. Au mois d'avril 1881, le malade en montant un escalier sentit fléchir son genou droit, et tomba; il est tombé souvent depuis surtout en descendant. Il ne peut pas monter l'escalier sans mettre les deux pieds ensemble sur la même marche, tant la faiblesse du genou droit est grande. Il a une sensation de pesanteur; à chaque moment, il sent sa jambe fléchir et marche timidement. Il a souvent des crampes localisées surtout, mais non exclusivement sur la jambe droite. Jamais de douleurs spontanées, pas de fourmillements, ni d'engourdissements. La sensibilité au froid est plus grande sur le membre inférieur droit, elle y est plus douloureuse, le contact paraît bien moins senti sur le membre inférieur gauche; sens musculaire intact. Mensurations : mollet droit, trente-quatre centimètres, mollet gauche, trente-huit; au-dessus de la rotule, trente-huit centimètres à droite, trente-neuf à gauche; tour du pli fessier, cinquante-deux à droite, cinquante-quatre à gauche. Il existe une atrophie uniforme de tout le membre inférieur sans prédominance sur aucun groupe de muscles. Excitabilité mécanique du muscle normale. Excitabilité faradique faible de deux côtés, excitabilité galvanique un peu plus faible à la jambe droite (les muscles répondent mieux au pôle positif).

E. Le *Coma diabétique* observé par von Stosh et Prout a surtout été bien décrit par Küssmaul; il n'a guère été étudié en France que depuis le travail de MM. Bourneville et Teinturier[1]. C'est un accident qui s'annonce par une céphalalgie frontale intense, avec vertiges, anorexie, pyrosis, vomissements, diarrhée profuse; puis le malade, en proie à une agitation incessante, souffre d'une oppression croissante, avec angoisse extrêmement pénible; les mouvements respiratoires s'accélèrent tout d'abord, puis se ralentissent, deviennent de plus en plus profonds. Le malade s'assoupit, tombe dans le collapsus, la température s'abaisse, les extrémités se refroidissent et enfin la mort arrive dans le coma sans convulsions. Quelquefois, au bout d'une heure ou deux[2] ou même moins, le sujet exhale une odeur fade de pomme de reinette ou chloroformique tout à

[1] *Progrès médical*, 1875, p. 97.
[2] R. Lépine. — *Lyon médical*, 1880, nº 10.

fait caractéristique. L'existence de cette forme spéciale de coma dyspnéique, déterminant assez fréquemment la mort chez les diabétiques, ne fait aujourd'hui aucun doute ; mais on est loin d'être fixé sur la pathogénie de ces accidents. C'est là un point qui a été étudié récemment en France, dans deux articles remarquables, par MM. Brissaud[1] et Dreyfus-Brisac[2], et il nous sera permis d'être bref sur les théories. On a invoqué la surcharge graisseuse du sang (Becquerel et Rodier, Sanders et Hamilton, Küssmaul, Müller, Simon, etc.) d'où peuvent provenir des embolies pulmonaires ; mais si cette hypothèse peut rendre compte des accidents dyspnéiques, elle explique moins bien les autres phénomènes du coma. L'urémie a aussi été incriminée en raison des lésions rénales (Dickinson, Griesinger) rencontrées chez des diabétiques ; mais les mêmes altérations ont été observées dans le diabète insipide qui ne se termine point par le coma dyspnéique. La présence de l'acétone dans le sang, soupçonnée par Petters et confirmée par Kaulich, a été accusée par Küssmaul ; mais, comme le fait remarquer Ebstein, si la présence de l'acétone semble pouvoir déterminer le coma dyspnéique, elle ne le provoque pas nécessairement ; pour que l'acétonémie fût efficace, il faudrait, d'après Ebstein, que l'élimination du produit fût empêchée par une lésion rénale spéciale, une dégénération hyaline qui aurait pour cause la permanence de l'hydropisie épithéliale (Cantani, Ebstein). Enfin, la théorie la plus simple et la plus vraisemblable est fournie par la déshydratation des tissus reconnue dans la plupart des autopsies ; le dessèchement des tissus et en particulier de la substance nerveuse (Ranke[3]) peut le mieux expliquer les phénomènes du coma et les conditions dans lesquelles il se produit ordinairement, fatigues, efforts, sudations, etc.[4]. On peut se demander toutefois si la glycosurie n'a pas une influence spéciale, car le coma dyspnéique ne s'observe pas dans d'autres états, où la déshydratation du sang est également très manifeste.

Du dépouillement de cent cinquante observations, Leroux

[1] *Progrès médical*, 1881, p. 967.

[2] *Gazette hebdomadaire*, 1881, n° 50.

[3] Bouchard.— *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882, p. 194.

[4] Luchsinger plonge des grenouilles dans une solution sucrée à 10 p. 100, et détermine le coma et la respiration de Cheynes-Stokes qui disparaissent par l'immersion dans l'eau fraîche ; il en conclut que c'est la déperdition d'eau qui est la cause des accidents. (*Arch. für die gesammte Phys.*, 1880.)

conclut que le diabète chez les enfants se termine assez souvent par des accidents cérébraux, quelquefois par des phénomènes d'intoxication désignés sous le terme d'acétonémie.

REVUE D'ANATOMIE

I. Sur les vaisseaux de la moelle épinière (Analyse et critique du mémoire de M. Adamkiewicz); par H. Duret, chirurgien des hôpitaux.

Le travail remarquable et digne d'intérêt de M. Adamkiewicz, eût pu être l'objet d'une juste appréciation de la part de ses lecteurs, si l'auteur eût donné à nos recherches sur la *circulation de la moelle épinière* la place qu'elles méritent, et qui leur est attribuée partout. Il se borne, en effet, dans le cours de son mémoire, à cette simple mention, que nous croyons devoir reproduire en entier : « Enfin il nous faut signaler un travail méritant de Duret sur la circulation des centres nerveux, et en extraire ce qu'il dit sur la vascularisation de la moelle : Il y a une harmonie complète dans toute la vascularisation de l'axe cérébro-rachidien. Dans notre mémoire sur le bulbe, nous avons divisé les artères nourricières en artères médianes ou artères des noyaux bulbaires, et en artères radiculaires. Les premières occupent le sillon médian, les autres pénètrent dans le bulbe en suivant les racines : elles arrivent ainsi jusqu'aux noyaux. Il en est de même pour les artères nourricières de la moelle : les unes sont médianes, les autres radiculaires... Il y a dans la moelle des artères médianes antérieures et postérieures et des artères radiculaires antérieures et postérieures. »

M. Adamkiewicz paraît ignorer que nous avons publié une note *très complète* sur la circulation des vaisseaux nourriciers de la moelle épinière. *Il y a bientôt neuf ans.* (Voy. *Note sur les artères nourricières et sur les vaisseaux capillaires de la moelle épinière*, in *Progrès médical*, 22 novembre 1873, n° 24). Il est encore fait mention de ce travail, avec l'indication bibliographique exacte dans notre mémoire des *Archives de Physiologie*, 1874, dont M. Adamkiewicz a extrait les lignes précédentes. Il

est reproduit en entier dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, art. *Moelle* — et dans plusieurs ouvrages français et étrangers. Depuis plusieurs années, M. le professeur Charcot a introduit ces recherches sur la circulation de la moelle épinière dans son enseignement public à la Faculté : des dessins demi-schématiques figurent nos préparations et nos injections qui ont été montrées dans nombre de ses leçons. Ces études sont aussi l'objet de l'enseignement vulgaire à l'École pratique. *La priorité* de nos recherches ne saurait donc être récusée. Leur valeur pourra facilement être appréciée par ceux qui voudront bien parcourir la note du *Progrès médical*. Nous y décrivons en effet d'une manière succincte, mais *pourtant complète*, l'origine et la distribution des *artères nourricières* de la moelle épinière — c'est-à-dire des vaisseaux artériels qui pénètrent dans la substance nerveuse : nous signalions pour la première fois, croyons-nous, le trajet et les ramifications des artères médianes antérieures et postérieures, des artères radiculaires, des artères périphériques ; nous indiquions la configuration des réseaux capillaires dans la substance grise et dans la substance blanche. Tels sont *sommairement* les résultats principaux de nos recherches sur la circulation de la moelle épinière. Si leur originalité reste entière, et si, selon nous, M. Adamkiewicz ne leur a pas rendu une justice suffisante, nous aurions mauvaise grâce à ne pas reconnaître que le travail de l'auteur allemand renerme plusieurs détails complétement personnels, et que, dans son ensemble, il est conduit d'une façon remarquable. Nous croyons qu'il mérite d'être l'objet d'une analyse complète. — Il comprend deux parties : la première est relative aux vaisseaux artériels et veineux dans l'épaisseur de la moelle épinière ; la seconde, sur l'originalité de laquelle nous n'avons aucune revendication personnelle à établir, s'occupe de leur étude à la surface de la moelle[1].

Première partie. —Les injections ont été faites à l'aide de gélatine colorée au bleu de Thiersh, ou du carmin selon les procédés de Gerlach. L'auteur étudie la distribution géographique des vaisseaux sur des coupes *horizontales* faites à différentes hauteurs dans la moelle épinière, sur des coupes *transversales* ou *frontales*, et enfin sur des coupes *antéro-postérieures* ou

[1] *Die Blutgefässe des Menschen Ruckenmark*, von prof. A. Adamkiewicz. — I. Theil in (LXXXIV *Bande der Sitzb. der K. Akad. d. Wissensch.*, III, Abth. nov. heft. jahrg. 1881). — II. Theil aus dem. LXXXV, 1882.

sagittales. Des dessins très finement exécutés représentent ces injections, et deux schémas résument les conceptions de l'auteur.

Sur ces coupes l'aspect général de l'appareil vasculaire est le suivant : 1° dans la *substance blanche*, les rameaux artériels ou veineux, sur des coupes frontales et sagittales, apparaissent entre les faisceaux nerveux sous les formes suivantes ; tantôt ils sont rencontrés par le rasoir perpendiculairement à leur direction, et on aperçoit leur lumière centrale, et les rameaux collatéraux qui en partent en divergeant ; tantôt ils sont coupés obliquement, et on n'a sous les yeux qu'une portion du vaisseau avec ses branches collatérales (*Fig. XIV* et *fig. IX* de l'auteur) — Sur des sections horizontales, on ne peut suivre les artérioles intramédullaires : elles apparaissent comme des rameaux radiants incomplets. (voy. *Fig. II, IV et V* de l'auteur).— L'aspect général de la *substance grise* est le suivant. Sur des coupes horizontales on remarque que le réseau capillaire de la substance grise est surtout riche et dense aux endroits où existent des groupes de cellules nerveuses (*ganglin*), au niveau des cornes antérieures, c'est-à-dire selon le langage de l'auteur allemand dans la colonne grise antérieure (*Grauen Vordersaulen*). La commissure est pauvre en vaisseaux ; ils sont parallèles à ses faisceaux nerveux ; la substance gélatineuse centrale en est tout à fait dépourvue (voy. *Fig. IV*), ainsi que le canal central, qu'on peut sans doute considérer avec Roudanowsky comme un espace lymphatique. L'extrême richesse du réseau capillaire au niveau de la colonne cellulaire de Clarke mérite d'attirer plus particulièrement l'attention (voy. *Fig. IV. a)*. L'auteur ajoute que, dans un certain nombre de cas, il a réussi par des injections très pénétrantes, à voir tenu les mailles de ce réseau capillaire un autre réseau plus dense encore et qu'il désigne sous le nom de réseau intercapillaire (voy. *Fig. VII* vue avec un grossissement de 145). — Dans la corne postérieure, on voit un réseau allongé de sa pointe ou extrémité radiculaire vers son col : ce qui lui donne cet aspect, c'est une branche de la racine postérieure dont les rameaux affectent la disposition d'une touffe vasculaire coniforme. (Voy. *Fig II. p. art. Radic. post.)* — Nous devons rappeler que la richesse et la disposition générale de ce réseau de la substance grise avait déjà été signalée par nous lorsque nous disions : « Un mot maintenant relativement à la disposition des réseaux capillaires dans la moelle épinière. Un réseau

à mailles très fines et quadrangulaires dessine très exactement la forme de la corne antérieure *suivant les régions*. Les cellules disparaissent au milieu de ces mailles; c'est à peine si elles peuvent y trouver place. On sait que ce réseau est alimenté *en avant et en dedans* par les artères médianes; en avant, par les artères radiculaires; en dehors par des artères périphériques; et en arrière par les artères radiculaires postérieures. La *corne postérieure* offre au niveau de sa substance gélatineuse un beau réseau capillaire *allongé d'avant en arrière*. La commissure blanche présente un réseau transversal, etc... » Nous aurons encore l'occasion de montrer combien nos descriptions quoique succinctes sont précises, et ne diffèrent en rien quant au fond de celles de M. Adamkiewicz. Mais poursuivons l'étude du réseau capillaire de la substance grise. Sur des coupes *sagittales* passant par la substance grise des cornes postérieures on voit facilement la série des artères qui entrent dans la corne postérieure ; elles se rencontrent au nombre de cinq à sept dans une hauteur d'un centimètre. Ces pinceaux vasculaires se terminent dans le col de la corne postérieure en un réseau capillaire qui occupe toute sa largeur (voy. *Fig. X*, *II* et *V*). A la région lombaire, le réseau capillaire s'élargit comme la corne postérieure.

Après cette description de l'aspect général du réseau capillaire des vaisseaux de la moelle épinière, M. Adamkiewicz s'occupe de l'étude des artères qui contribuent à sa formation. Il distingue dans cet organe deux systèmes vasculaires : 1° Le système des *vaisseaux centrifuges* ou de l'*artère du sillon*, 2° le système des *vaisseaux centripètes* dans lequel il place l'artère médiane postérieure ou (artère de la scissure, *arteria fissuræ*, comme il l'appelle) et tous les vaisseaux périphériques. Pour justifier cette division, il suppose que l'artère du sillon antérieur, quand elle a atteint le voisinage du canal central de la moelle épinière, se divise en une multitude de rameaux divergents qui s'éloignent de l'axe de l'organe, tandis que tous les autres vaisseaux périphériques forment un second système dont toutes les branches vasculaires convergent vers l'axe médian. — Cette conception paraît d'adord séduisante : mais elle est spécieuse, selon nous. Elle repose, en effet, sur une compréhension de la distribution anatomique un peu trop schématique : les rameaux de l'artère du sillon n'irradient pas autour de l'axe central dans tous les sens ; son tronc principal est centripète comme

celui des artères périphériques. Enfin, on devrait comprendre aussi dans ce système centrifuge les rameaux de l'artère de la fissure (artère médiane postérieure) qui, quoique ténus quand ils atteignent la commissure postérieure, s'éloignent de l'axe central. Elle a malheureusement conduit l'auteur à une nomenclature spéciale et difficultueuse : ainsi l'artère du sillon médian antérieur s'appelle pour lui artère du sillon (*arteria sulci*) ; tandis que l'artère du sillon médian postérieur porte le nom d'artère de la fissure (*arteria fissuræ*). Ces deux noms différents sont inutiles : nos dénominations d'*artère médiane antérieure* et d'*artère médiane postérieure* sont plus simples, plus en rapport avec les habitudes anatomiques. Elles correspondent à la nomenclature que nous avons adoptée pour le cerveau et pour le bulbe où existent aussi des artères médianes ayant une distribution géographique analogue. Ainsi que nous avons pris soin de le faire remarquer déjà, dans nos travaux, cette disposition des artères médianes répond à une loi générale.

L'artère du sillon (*arteria sulci*), selon l'auteur allemand,est une des plus grosses de la moelle, son diamètre varie de 0 m. 135 à 1 m. 270 mm. — de huit à vingt fois plus grand que celui des capillaires (0 m. 015 à 0 m. 018). — Elle suit le sillon médian dans toute sa longueur et se divise en deux branches au moment où elle arrive au contact de la commissure. Sur des coupes *sagittales*,passant par les commissures, on voit les artères après avoir abandonné l'artère spinale s'échelonner les unes audessus des autres. (Cette disposition en échelon pour les artères médianes a déjà été signalée par nous et figurée dans notre mémoire sur la circulation du bulbe). Elles sont accompagnées d'une veine. On en trouve sept environ par centimètre de hauteur ; de sorte que sur une moelle d'adulte qui mesure environ 0 m. 36 à 0 m. 38 de long, on en compte deux cent soixante.

La description de la distribution des rameaux de l'artère du sillon *ne diffère pas essentiellement* de la nôtre. quoiqu'elle paraisse entrer dans des détails plus nombreux. Nous disions, en effet : « Les artères médianes antérieures parcourent un trajet assez court. Elles fournissent quelques rameaux collatéraux à la partie la plus interne des cordons antérieurs et se terminent en pinceaux dans les commissures antérieures et dans les parties voisines de la corne antérieure. » L'auteur allemand suit dans leur formation et leur distribution périphérique les branches de l'artère du sillon. Il donne le nom aux deux

branches qui en naissent immédiatement d'artères *sulco-commissurales*. Au moment où les vaisseaux sulco-commissuraux traversent chaque moitié de la commissure pour se rendre dans la substance grise, ils parcourent une sorte de canal, où leurs veines les accompagnent : ce canal, sur des coupes horizontales, apparaît comme un prolongement (*processus sulci*) du sillon médian, qui semble se bifurquer. Parmi les branches collatérales fournies par l'artère sulco-commissurale, deux surtout sont intéressantes : les artères de la colonne de Clarke, et les branches ascendantes et descendantes qui forment ce que l'auteur appelle les anastomoses longitudinales centrales (ou plus simplement, proposons-nous, les artères *longues anastomotiques centrales*.) Les artères de la colonne de Clarke ne se voient que dans la partie inférieure de la moelle dorsale et dans la partie supérieure de la moelle lombaire, où existe seulement la colonne de Clarke. Ces branches se détachent de chaque côté des artères commissurales et vont par le trajet le plus court se jeter dans la substance grise de cette colonne qu'elles remplissent d'un riche réseau anastomotique. Les branches *longues anastomotiques* de l'artère sulco-commissurale montent et descendent verticalement dans la substance grise de la moelle de chaque côté du canal central, à quelque distance de celui-ci et s'anastomosent entre elles. On ne peut voir ces anastomoses que sur des coupes vertico-sagittales (antéro-postérieures), faites dans la substance grise à quelque distance du canal central. (Voy. *Fig. XII l. s. c.*) Sur des coupes horizontales, on les voit sous la forme de deux lumières vasculaires situées de chaque côté du canal central, car elles ont été rencontrées perpendiculairement à leur direction. (Voy. *Fig. IV.*) Quelquefois même, si l'artère sulco-commissurale a aussi été coupée perpendiculairement, on observe quatre lumières vasculaires au voisinage du canal central, deux de chaque côté. Par les artères *longues anastomotiques* découvertes par l'auteur allemand, les différentes régions vasculaires inter-médullaires situées à des hauteurs différentes sont unies entre elles. Après avoir fourni les longues anastomotiques et les artères de Clarke, les artères sulco-commissurales se divisent en branches terminales au nombre de deux ou trois qu'on peut voir sur des coupes horizontales : une de ces branches se dirige directement en avant, récurrente pour ainsi dire, vers la substance grise des cornes antérieures, où elle se distribue ; une autre se

rend dans un point diamétralement opposé, dans la substance grise des cornes postérieures ; la troisième branche est intermédiaire. « En résumé, dit M. Adamkiewicz, voici quel est le champ de distribution des artères commissurales : elles fournissent du sang à la partie grise centrale de la moelle épinière, en occupent symétriquement les deux tiers environ de chaque côté du canal central ; mais, laissant à la périphérie une zone qui est fournie par d'autres vaisseaux. » (Voy. les *Figures schématiques VIII* et *XVI*.) C'est aussi ce territoire de distribution que nous avions assigné d'une façon sommaire à l'artère médiane.

La distribution des veines est semblable à celle des artères : les veines du sillon ou veines médianes sont en nombre égal aux artères. Elles sont formées par la confluence de veines sulco-commissurales, de veines longues anastomotiques, et de veines terminales convergentes qui viennent des capillaires de la substance grise.

Le deuxième système des vaisseaux de la moelle épinière, d'après M. Adamkiewicz, est le *système centripète* ou des vaisseaux de la couronne et comprend tous les autres vaisseaux de la moelle épinière. La description qu'il en donne ne diffère en rien de celle que nous avons fournie neuf ans avant lui. Il emploie seulement une nomenclature différente. C'est ainsi qu'il décrit : 1° sous le nom d'artère de la fissure (*arteria fissuræ*), notre artère médiane postérieure ; 2° d'*arteriæ radicum posteriorum*, d'*arteriæ cornuum posticæ posteriorum laterales*, nos *artères radiculaires postérieures* ; 3° il ne paraît pas comprendre l'importance des artères radiculaires antérieures, car il ne les dénomme pas, et il les englobe sous la dénomination générale : artères périphériques.

Quoique d'une brièveté sommaire, notre description des artères radiculaires, comparée à celle de l'auteur allemand, paraîtra *d'une plus grande clarté* : « Les artères radiculaires antérieures accompagnent chacun des faisceaux des racines antérieures, et se portent en droite ligne dans la corne antérieure où elles se résolvent en mailles capillaires. » Et pour la corne postérieure : « Les artères radiculaires postérieures sont situées les unes au milieu des faisceaux radiculaires, les autres en dedans, les autres en dehors de la racine postérieure. Les artères moyennes sont surtout destinées à la corne postérieure et à la substance gélatineuse. Les artères externes passent entre les

faisceaux blancs pour se ramifier un peu plus haut jusque dans la partie postérieure et externe de la corne antérieure. Les artères internes, plus importantes, accompagnent constamment cette partie de la racine postérieure que M. Pierret a désignée sous le nom de faisceau radiculaire interne. » C'est à ces trois artères (moyenne, interne et externe A.) de la corne postérieure, que M. Adamkiewicz donne les noms nouveaux de *arteriæ radicum postoriorum*, *arteriæ cornuum posteriorum posticae*, *arteriæ cornuum posteriarum laterales*. Sa description est semblable à la nôtre; il a remplacé *nos dénominations seulement*.. Toutefois nous accordons une importance plus grande que lui au faisceau radiculaire interne qu'il appelle *arteriæ cornuum posteriarum posticæ*. (Voy. c. p. p. *fig. II* et *IV*). Il signale encore la présence constante d'une petite artériole postérieure entre le cordon de Goll et le cordon de Burdach, qu'il appelle *artère interfuniculaire*. Ce nom est à conserver : mais, nous aussi, nous avions décrit ce vaisseau : « A la partie postérieure, il convient de signaler deux groupes d'artérioles coexistantes qui passent entre les cordons de Goll et le faisceau externe des cordons postérieurs. »

Parmi les artères périphériques des faisceaux blancs, nous distinguions comme l'auteur allemand des artères courtes et des artères longues, lorsque nous disions : « Les artères périphériques sont nombreuses, elles pénètrent dans les travées les plus épaisses de la pie-mère entre les principaux faisceaux nerveux. Les plus externes atteignent la *partie externe des cornes antérieures*, elles sont en général de huit à dix. Enfin, nous avons aussi indiqué la disposition du réseau vasculaire dans la substance blanche : « Les capillaires des cordons blancs forment des réseaux beaucoup plus larges que ceux de la substance grise, et se disposent suivant leur direction. La commissure blanche présente un réseau transversal. Les racines ont des réseaux capillaires qui s'étendent dans le sens des principaux faisceaux. » Nous nous empressons de reconnaître d'ailleurs que les planches de M. Adamkiewicz, faites d'après des injections bien réussies, figurent tous ces détails avec une grande fidélité. En résumé, d'après cette étude critique : l'*originalité* de notre travail publié il y a dix ans reste *intacte* : deux branches artérielles *seules* ont échappé à notre examen, *les artères de la colonne de Clarke*, et les artères *longues anastomotiques internes*; mais, il convient d'avouer que la beauté des injections de

M. Adamkiewicz et des dessins qui les représentent en séries de coupes longitudinales, apportent une précision remarquable à nos connaissances sur la vascularisation de la moelle épinière. Une dernière coïncidence entre les travaux des deux auteurs frappera encore l'esprit des lecteurs. M. Adamkiewicz, comme déduction pathologique à la fin de son travail, établit que les lésions de l'ataxie locomotrice, dans leurs phases du début, suivent dans leur développement le champ de vascularisation des cordons postérieurs. Ce fait ne nous avait pas échappé, car avant lui nous disions : « On sait que M. Pierret a indiqué le faisceau radiculaire interne comme étant la plupart du temps le siége du début de la sclérose ataxique. Il a aussi cherché à établir que les douleurs dites fulgurantes se rattachent à cette lésion. La présence de vaisseaux abondants dans la région (*artères radiculaires internes*) vient apporter un nouveau point d'appui à cette opinion. (*A suivre.*)

II. Note sur le développement du cerveau considéré dans ses rapports avec le crane; par Ch. Féré. (*Revue d'anthropologie,* 2e série, t. II.)

Les travaux de M. Féré ont contribué pour une part considérable à faire connaître les rapports exacts des diverses parties de la boîte crânienne et du cerveau, des circonvolutions et des sillons non moins que des noyaux gris centraux. Par des mensurations nombreuses et précises, il a établi chez l'adulte la position fixe du sillon de Rolando par rapport à la suture coronale, du ptérion et du cap de la circonvolution de Broca, de la branche postérieure de la suture de Sylvius et de la suture pariéto-squammeuse, du lambda et de la scissure perpendiculaire externe. Les lobes occipital et temporo-sphénoïdal ont les mêmes limites que les os qui les recouvrent, et l'on pourrait croire qu'il existe un parallélisme parfait entre le développement d'une région déterminée du cerveau et la région correspondante du crâne.

Dans le but de s'édifier à cet égard, M. Féré a examiné les rapports du cerveau et du crâne de soixante enfants ou fœtus, ayant dépassé le cinquième mois de la vie intra-utérine. L'auteur est parvenu à démontrer que ce parallélisme n'existe pas. S'il n'a pu, dans l'état actuel, établir les lois du développement réciproque de ces parties, il a posé d'importants jalons, pour la solution définitive de cette question.

Le peu de consistance du cerveau de l'enfant et surtout du fœtus l'a obligé à changer les procédés précédemment employés par lui et le nombre des sujets examinés à renoncer à la congélation du cerveau. Par les fontanelles de chaque côté de la ligne médiane, des chevilles sont enfoncées, destinées seulement à fixer le cerveau et sa faux. L'incision des membranes interpariétales et inter-occipito-pariétales, une troisième incision le long de la suture coronale permettent, en écartant les pariétaux de découvrir, la région pariétale du cerveau, de voir ses rapports avec les sutures du crâne.

Sur quelques fœtus examinés avant le cinquième mois, la scissure perpendiculaire externe, ou à son défaut l'interne, a toujours été trouvée en avant du lambda, de plusieurs millimètres. Pour le reste des observations, nous ne pouvons que donner les conclusions de l'auteur et citer quelques chiffres plus intéressants.

Les chiffres qui indiquent les rapports crânio-cérébraux semblent varier avec l'indice céphalique, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle, qu'il s'agisse de sujets du même âge ou d'âges différents. Chez un garçon et une fille d'un an, ayant des diamètres presque égaux, les distances rolando-coronales étaient chez l'un de quarante-trois et vingt-sept millimètres, chez l'autre de trente-un et quatorze millimètres seulement, les autres distances étant égales d'ailleurs. Une fois même, il n'y avait presque pas de différence entre le cerveau de l'enfant et celui de l'adulte.

Un point donné du crâne peut changer de position avec l'âge par rapport au reste de la boite osseuse, comme il arrive pour le bregma bien antérieur d'abord à la ligne bi-auriculaire. Quoi qu'on ait dit, le sillon de Rolando est toujours postérieur à la suture coronale. M. Féré n'a pu déterminer chez l'enfant s'il était plus ou moins éloigné de cette suture, plus ou moins oblique suivant l'âge. Le ptérion lui a paru toutefois, quant à ses rapports avec les circonvolutions, plus postérieur que chez l'adulte, il répond au pied de la circonvolution de Broca, au siège même de l'aphasie. Cela dépendrait du mode de développement de cette circonvolution qui, rectiligne d'abord, puis en fer à cheval, se contourne enfin en M, quand apparaît, puis se bifurque la branche antérieure de la scissure de Sylvius. La branche postérieure de cette scissure est constamment d'abord supérieure à l'écaille du temporal et s'abaisse peu

à peu vers elle à mesure qu'approche l'adolescence, tandis qu'en même temps la scissure parallèle s'abaisse aussi pour atteindre finalement le lambda.

Les régions postérieures du cerveau, végétatives et sensitives, semblent donc prédominer comme les régions postérieures de la moelle chez le fœtus, prédominance retrouvée par Broca sur un singe adulte. Cet état est transitoire chez l'enfant, car après la naissance, parallèlement à l'apparition de certaines fonctions, se développent les régions psychomotrices. A partir du développement complet, à quelque âge qu'on les examine, sutures et sillons demeurent en rapports invariables.

Au cas de plagiocéphalie, qu'elle dépende du décubitus et de l'athrepsie, ou du développement anormal très rare de l'un des pariétaux par deux points d'ossification, l'extrémité supérieure du sillon de Rolando et de la scissure perpendiculaire externe sont, l'un plus rapproché de la suture coronale, l'autre plus éloignée du bregma du côté où la bosse frontale proémine davantage, proportionnellement aux différences de longueur des diamètres obliques. D. Bernard.

III. Recherches concernant quelques modifications anatomiques rencontrées dans les ganglions périphériques; par H.-J.-A. Niermeyer. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk*, II, 1880.)

Les examens que l'auteur a fait de ganglions périphériques et de nerfs chez le lapin, les études auxquelles il s'est livré sur les ganglions cæliaques de cadavres humains pris au hasard ne lui permettent pas d'admettre la réalité des assertions de Brigidi. (*Lo Sperimentale*, 1878, p. 4164). La prolifération nucléaire et la dégénérescence pigmentaire qu'accepte d'ailleurs Eulenburg dans son traité sous le nom d'infiltration lymphatique ne seraient pas anormales; on rencontre, en effet, dans les ganglions cæliaques d'individus quelconque vieux ou jeunes, ou dans les ganglions spineux des lapins, des proliférations cellulaires interstitielles et des granulations de pigment à l'intérieur ou en dehors des cellules nerveuses, quelle qu'ait été la cause de la mort. P. K.

IV. Des granulations de Pacchioni ; par Hans Læhr (*Allg. Zeitsch. f. Phys., psych. u. gerichtl medicin*, XXXVIII, 1.)[1]

Prenant leur origine dans l'arachnoïde viscéral, aux termes des injections de Key et Retzius et des expériences de Quincke, ces organes faisaient communiquer les deux espaces sous-dure-mérien et sous-arachnoïdien avec les sinus veineux de la dure-mère, en sorte qu'ils constitueraient des voies de dérivation importantes et normales pour les liquides sous-archnoïdiens et sous-duemériens. Cependant, tout en tenant compte de leur constance chez l'homme, le chat, le chien, le mouton, il importe de se demander pourquoi le nouveau-né et souvent même l'adulte en possède un si petit nombre, pourquoi certaines espèces animales en manquent absolument, pourquoi, enfin, l'arachnoïde au pourtour de leurs touffes, est si fréquemment le siége d'altérations, troubles et d'épaississements? C'est, dit M. Lœhr, qu'il existe *deux espèces de granulations ;* les *petites*, purement physiologiques, et les *grosses*, qui représentent des granulations *hyperplasiées*, dont la prolifération est parfois telle qu'elles pénètrent comme on sait dans les os du crâne. Ce travail anatomo-pathologique, essentiellement développé chez les aliénés, se rencontre généralement à un âge très avancé; les observations de M. Lœhr lui ont fait constater concurremment des altérations inflammatoires et des anomalies vasculaires dans la pie-mère, sans que la forme de la vésanie exerçât une influence spéciale sur le processus des granulations. Leur hypertrophie serait en rapport avec les congestions céphaliques. Répétées, elles servent de voies dérivatives aux hypérémies artérielles suivant la formule : la fonction fait l'organe. Que si, comme chez le nouveau-né, l'équilibre des pressions peut se rétablir par l'expansion des sutures et fontamelles, leur présence devient inutile ; leur genèse, et plus tard leur volume exagéré, résulte de l'excitation incessante déterminée par le frottement l'une sur l'autre de l'arachnoïde et de la dure-mère, alors que la prédisposition (besoin fonctionnel) existe. Ces explications physiologiques, toutes satisfaisantes qu'elles paraissent, ont néanmoins, comme le fait remarquer l'auteur, leurs contradictions avec lesquelles elles sont incompatibles ; telles la série des dégénérescences anatomiques dont les granulations de Pacchioni sont souvent le siège (imperméabilité),

[1] Voir *Archives de Neurologie*, t. II, p. 297.

et leur participation à la partie du revêtement encéphalique dont elles émanent, les compressions qu'elles peuvent exercer par leur accroissement énorme sur des organes voisins (Luschka, Mendel, Key et Retzius). P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE

XX. Lésion unilatérale de la moelle; par le Dr Richard Schulz (de Brunswick). (*Centralb. f. Nerv.*, n° 15, 1er août 1880.)

Un homme de vingt-neuf ans fut frappé de plusieurs coups de couteau, dont un pénétra entre les apophyses épineuses des cinquième et sixième vertèbres dorsales dans une direction légèrement inclinée vers la droite. Le couteau resté dans la blessure n'avait été retiré qu'avec effort; la sonde pénétrait dans la plaie jusqu'à la profondeur de cinq centimètres, en haut et en dehors, sans rencontrer de surfaces osseuses dénudées. Dès son entrée à l'hôpital, le blessé présenta: *anesthésie du membre inférieur gauche, hyperesthésie et parésie légère du membre droit;* en outre, dès le premier jour, *selles involontaires, et rétention d'urine* qui nécessita le cathétérisme. Trois semaines après son entrée, qui avait eu lieu le 8 novembre 1879, le malade était guéri de ses blessures et quittait l'hôpital.

Le 25 mai, il présentait l'état suivant :

Systèmes osseux et musculaire bien développés; faiblesse paralytique dans le membre inférieur droit, avec tendance au tremblement, sensibilité douloureuse de la peau de ce membre et de la moitié droite du tronc; sensation de fourmillement et d'engourdissement du pied et de la jambe gauches. En marchant le malade traîne un peu la jambe droite.

Les extrémités supérieures sont normales; l'extrémité inférieure droite a environ un centimètre de pourtour de moins que la gauche.

Pas de différence de température ou de coloration aux membres inférieurs. Sensibilité et sens musculaire, normaux à gauche; diminués à droite. Le malade, lorsqu'il a les yeux fermés, n'apprécie pas exactement les changements de position du membre droit. La force du membre droit est un peu diminuée, la motilité imparfaite, les mouvements sont pénibles et incertains. A gauche il n'y a rien de semblable. Il n'existe ni ataxie, ni raideur musculaire. Le tégument du membre inférieur droit et de la moitié droite du tronc, jusqu'à la ligne médiane, est fortement hyperesthésié. La limite supérieure de cette hyperesthésie est constituée par une ligne circulaire passant au niveau de la septième vertèbre dorsale. Au-dessus de cette ligne se trouve, toujours à droite, une zone d'anesthésie qui atteint la sixième vertèbre dorsale. Plus haut la sensibilité paraît normale.

A droite, la sensation de fourmillement est très vive, le sens du toucher plus fin, celui de la douleur notablement augmenté, celui de la température normale. La sensibilité de la peau au courant galvanique ou faradique énormément augmentée, tandis qu'à gauche elle est normale ou même un peu diminuée.

A gauche, sur le membre inférieur et sur le tronc, les attouchements légers sont perçus et localisés assez rapidement et exactement. La pointe et la tête d'une aiguille sont distinguées; mais une piqûre profonde n'occasionne pas la douleur. En un mot, augmentation des sensations tactiles et analgésie (jusqu'à la sixième vertèbre dorsale). Au-dessus de cette région analgésique existe, à gauche une petite zone d'hyperesthésie, correspondant à la zone d'anesthésie du côté droit. Le sens de la température est normal à gauche.

Les réflexes tendineux, normaux à gauche, sont très augmentés à droite. Le plus léger choc sur le tendon rotulien détermine un clonus dorsal, soudain et énergique du pied droit; les autres réflexes de la jambe n'ont pas lieu.

L'excitabilité faradique et galvanique est la même des deux côtés. Pas de réaction de dégénérescence dans les muscles émaciés de la jambe droite. Evacuations alvine et urinaire normales; fonction génitale conservée.

Il s'agit ici évidemment d'une lésion hémilatérale de la moëlle. L'instrument a atteint la moitié droite, entre la cinquième et la sixième vertèbre dorsale, par suite *hyperesthésie et parésie à droite*, *analgésie à gauche*. Il y a eu seulement analgésie, avec

conservation de la sensation tactile, parce que la partie postérieure des cordons latéraux a été sans doute seule atteinte, tandis que le cordon postérieur qui transmet les sensations tactiles, a été respecté.

Il est à remarquer que le sens musculaire est diminué à droite, preuve à l'appui de l'assertion de Brown-Séquard que les voies de transmission du sens musculaire ne s'entrecroisent pas. Il faut noter aussi l'exagération des réflexes tendineux du côté parésié et la conservation de l'excitabilité électrique normale. Quant à l'hyperesthésie cutanée du côté correspondant à la lésion médullaire, l'explication physiologique est encore à chercher. D'après l'auteur ce fait se rattache à celui du transfert dans les expériences métalloscopiques et lorsque ce dernier sera expliqué on comprendra du même coup la raison de l'hyperesthésie dans la lésion hémilatérale. R. V.

XXI. UNE APPLICATION PRATIQUE DU TRANSFERT ; par le Dr H. KAISER (de Dieburg). (*Centrabl. f. nerv.*, etc., no 15, 1er août 1880).

Longtemps avant que le transfert ait été étudié scientifiquement, l'auteur avait fréquemment appliqué avec succès sur lui-même un procédé qui relève évidemment du transfert. Voici en quoi il consiste : si l'on éprouve une douleur en un point quelconque, on porte toute son attention sur l'état de la sensibilité du point symétrique de l'autre côté du corps et l'on cherche à se figurer qu'il est le véritable siège de la sensation douloureuse. Pour rendre plus facile cette illusion, on excite les nerfs cutanés de ce point, par des frottements, des pincements légers, etc. En même temps, on s'efforce de se maintenir dans une tranquillité parfaite de corps et d'esprit, et l'on facilite la circulation du sang par une respiration méthodique, notamment en se servant de la portion supérieure du thorax. Lorsqu'on a réussi à percevoir la douleur comme provenant de ce point symétrique (subsidiaire), elle cesse dans le point primitivement affecté ; mais le plus souvent elle y revient, atténuée pourtant ; après quoi elle peut être déplacée de nouveau. Ces alternatives se répétent d'ordinaire plusieurs fois et avec une intensité décroissante.

Même lorsqu'il s'agit de névralgies non plus commençantes, mais liées à un état pathologique déjà établi, tel par exemple

qu'une carie dentaire, le procédé procure au moins un soulagement momentané. On pourrait l'essayer même dans certaines inflammations où la douleur est le premier symptôme. R. V.

XXII. « Nerveux » ; par le Dr Sigmund Franck (d'Iéna.) (*Centrabl. f. nerv.*, etc., 1880, n° 16, 1er août.)

L'auteur insiste sur le rôle prépondérant de l'appareil génital dans la pathogénie des affections nerveuses de la femme. Il est d'avis, non seulement que l'on doit, dans les désordres de toute espèce, rechercher avec soin et traiter les moindres affections locales de l'appareil utérin, mais il est convaincu que, même lorsqu'il n'y a pas de symptômes du côté de l'utérus, un traitement préventif (spéculum, cathétérisme utérin, etc.), a une influence psychique des plus utiles. R. V.

XXIII. Sur la contraction paradoxale ; par le Dr Albrecht Erlenmeyer (de Bendorf.) (*Centrabl. f. nerv.*, etc., 1880, n° 17, 1er sept.)

Le phénomène décrit sous ce nom par Westphal, consiste essentiellement en ceci : si l'on porte fortement dans la flexion dorsale le pied d'un malade couché, il arrive parfois qu'après un instant, le tibial antérieur se contracte d'une façon plus ou moins durable, produisant l'adduction du pied qui lui est propre. Cette contraction peut durer de une jusqu'à vingt minutes et plus, après quoi elle disparaît graduellement. Dans aucun cas de ce genre, on ne réussit à provoquer la contraction du tibial par la percussion de son tendon. En dehors de ce muscle, le même phénomène a été observé pour le long extenseur du gros orteil, l'extenseur commun des orteils, et une fois pour les fléchissants du genou. On voit qu'il s'agit là d'une contraction provoquée par le *relâchement* passif du muscle, ce qui justifie la désignation donnée par Westphal.

Erlenmeyer a constaté que cette contraction paradoxale échappe complètement au contrôle de la volonté, même chez les malades dont les muscles du pied avaient conservé toute leur mobilité. Ce fait, ainsi que la longue durée de la contraction, qu'il a vue atteindre trois quarts d'heure, le portent à croire qu'il s'agit en réalité d'une *contracture* suivant la définition de MM. Ch. Richet et Brissaud : *contraction de plus ou moins*

longue durée d'un muscle, dont la volonté ne peut pas amener le relâchement[1].

Or, cette contracture du tibial antérieur est-elle produite par le raccourcissement passif du muscle, comme l'admet Westphal, ou bien plutôt par l'allongement du muscle antagoniste, le gastrocnémien ? Cette seconde hypothèse peut être justifiée par l'expérience : si pendant la contraction paradoxale du tibial antérieur, le pied étant par conséquent dans la flexion dorsale, on fléchit le genou du malade, et saisissant dans la main la masse du trijumeau, on la tire fortement dans la direction du talon, on voit le pied reprendre immédiatement sa position normale; le relâchement est instantané. Il est à remarquer que dans cette manière de procéder on évite absolument toute traction sur le tendon d'Achille et par suite tout réflexe tendineux.

On peut encore, le membre étant placé de la même façon, saisir le mollet à sa partie supérieure et le tirer de telle manière que la flexion dorsale du pied puisse se faire sans la moindre résistance. *Dans les deux cas, il est tout à fait impossible d'obtenir la contraction paradoxale.*

Westphal était parti de la supposition que la contraction paradoxale est déterminée par le raccourcissement passif du tibial, le relâchement jouant le rôle d'une excitation et il l'avait mise en contraste avec le phénomène du pied (réflexe du tendon de Erb) qui consiste dans la contraction du trijumeau provoquée par l'allongement de ce muscle. D'où l'épithète de paradoxale.

Abstraction faite du mode différent de contraction, clonique pour le phénomène du pied, tonique pour la contraction paradoxale, Erlenmeyer pense qu'il y a là deux choses tout à fait distinctes et non opposées. Dans les phénomènes du pied : excitation d'un muscle par son allongement et réaction du *même* muscle par des contractions cloniques; dans la contraction paradoxale: excitation d'un muscle par allongement de son antagoniste et réaction par une contraction tonique ou contracture.

La désignation de contraction paradoxale ne peut donc pas être conservée. Erlenmeyer propose celle de *contracture par distension des antagonistes* ; et pour la distinguer de la contrac-

[1] Brissaud et Ch. Richet. — *Faits pour servir à l'histoire des contractures.* (*Progrès médical,* 1880.)

ture chirurgicale par allongement passif des antagonistes et par paralysie, enfin pour exprimer la relation avec les affections du système nerveux central, et spécialement l'exagération des réflexes spinaux, il conviendrait d'ajouter les désignations de *active* et *spinale*. On aurait donc la *contracture spinale active par allongement des antagonistes*. Mais ce serait un peu long. Finalement Erlenmeyer propose le mot de *phénomène du muscle* (Muskel phanomen) qui prendrait naturellement place à la suite des phénomènes du pied et du genou de Westphal.

Il faut se rappeler d'ailleurs que, d'après les observations de Brissaud et Richet sur les hystériques, la distension d'un muscle produit parfois la contracture de son antagoniste parce que tout allongement passif d'un muscle est accompagné d'une contraction inconsciente de l'antagoniste, ce qui leur fait supposer une excitation, d'une certaine durée, du centre spinal.

R. V.

XXIV. Aphasie traumatique ; par G. Allen. (*New-York medical Times*, janvier 1882.)

G. N..., enfant de huit ans, vigoureux et bien portant, tomba d'un arbre élevé de trente-cinq pieds, sur le côté droit de la tête et du corps, et perdit connaissance. Il resta dans cet état pendant soixante-douze heures ; néanmoins, on pouvait le tirer de cette somnolence pour lui faire prendre ses remèdes et l'alimenter, de même que parfois il répondait directement aux questions qu'on lui posait en élevant la voix. D'abord, il fut inquiet, s'agita continuellement et délira même par instants. Les pupilles étaient contractées et paresseuses, mais revinrent à l'état normal à mesure que la réaction se prononça. Il n'y eut jamais de respiration stertoreuse. Dix-huit heures après la chute, le malade parut posséder la faculté d'articuler nettement les mots, ainsi qu'on put s'en rendre compte, soit pendant le délire, soit à un autre moment. Mais cette période passée, il sembla totalement aphasique, et, même après le retour complet de la connaissance, il parut avoir complètement perdu la faculté de traduire ses actes par la parole, et être devenu incapable de se servir en aucune sorte du langage articulé. Il n'y avait pas d'aphonie, car lorsqu'il criait sa voix était naturelle. Lui faisait-on directement une question, il remuait la tête, mais ne parlait pas. Lorsqu'on le priait d'articuler un mot

donné, il prêtait attention, mais semblait n'avoir aucune idée du moyen par lequel il pourrait accomplir cet acte, et se mettait alors à pleurer. La langue et les lèvres jouissaient de leurs mouvements normaux, la déglutition s'accomplissait parfaitement, et il n'y avait pas de paralysie des organes de la parole. Avec cette aphasie coexistait une légère hémiplégie droite. Pendant vingt-cinq jours, il y eut une hématurie considérable qui disparut promptement après l'administration de la térébenthine. Il y avait quelques contusions de la tête, l'une portant sur l'occipital gauche, et une autre plus étendue sur la région temporo-frontale droite. L'aphasie persista quatre jours et disparut graduellement, le malade commençant par des réponses simples et enrichissant peu à peu son vocabulaire, de telle sorte qu'à la fin de la deuxième semaine le langage articulé était redevenu normal. Il n'avait pas souvenir de l'accident; et, bien qu'il se rappelle quelques circonstances, il ignore la presque totalité des détails encore aujourd'hui, et cela depuis plus de quatre mois. L'hémiplégie disparut graduellement avec l'aphasie. Pendant environ un mois, et comme dernier symptôme, il fut fort émotionnable et criait et pleurait sans motifs, à la moindre excitation. L'auteur pense qu'il s'est agi là d'une contusion cérébrale portant sur la partie postérieure du lobe antérieur gauche, et intéressant une portion de la troisième frontale ainsi que son voisinage immédiat. G. DE LA T.

XXV. DES MÉTASTASES DES INFLAMMATIONS DE L'OREILLE SUR LE CERVEAU ; par J.-A. ANDREWS. (*New-York medical Journal*, 1881, p. 160.)

Contrairement à l'opinion de Fallope, qui voyait dans l'écoulement de pus par l'oreille un effort de la nature pour déverser au dehors la matière morbide accumulée dans la tête, la nature des inflammations du conduit auditif est aujourd'hui un fait bien connu. Le professeur Tröltsch rappelle à ce propos la phrase digne de remarque d'un médecin américain, le docteur Clarke : « C'est un fait d'une telle importance d'avoir toujours l'attention dirigée vers l'oreille, dans le cours ou à la suite des fièvres éruptives, que le médecin qui négligerait ce soin ne peut être considéré comme ayant rempli son devoir envers son malade. » Tout le monde sait avec quelle rapidité, à la suite d'un refroidissement ou d'une angine, l'inflammation s'étend de la

muqueuse pharyngienne à la muqueuse de l'oreille. On connaît aussi la fréquence des otites dans le cours de la grippe, de la diphthérie, de la coqueluche, de la scarlatine, de la rougeole, de la variole, de la fièvre typhoïde, de la tuberculose pulmonaire. La scrofule et la syphilis jouent aussi un rôle important dans l'étiologie des affections de l'oreille. Si on rapproche de cette fréquence de l'otite la parité et le nombre des complications qu'elle peut déterminer, on reconnaîtra l'importance méritée attribuée à cette affection.

Ce sont ces complications qui font l'objet du mémoire du Dr Andrews. L'auteur est plus au courant des recherches publiées en Allemagne que des travaux français. Il ne cite pas et ne paraît pas connaître le mémoire, classique en France, du professeur Brouardel, inséré dans les *Bulletins* de la Société anatomique, et où se trouvent étudiées toutes ces complications : méningite purulente, abcès du cerveau, phlébite ou thrombose des sinus ou de la veine jugulaire interne, hémorrhagie mortelle par perforation du canal carotidien, avec érosion de l'artère carotide, de la méningée moyenne, des grands sinus veineux, ou de la jugulaire.

A propos de l'abcès cérébral, l'auteur rappelle que, d'après une statistique de Meyer (de Zurich), les lésions de l'oreille tiennent à peu près le même rang que le traumatisme dans l'étiologie de l'encéphalite suppurée.

Toynbee a essayé d'établir le siège de ces abcès d'après la cavité de l'oreille lésée. Ainsi, l'inflammation du conduit auditif externe s'étendrait au sinus latéral et au cervelet ; l'inflammation de la caisse, au cerveau ; celle du labyrinthe, à la moelle allongée. Gull a modifié cette loi trop absolue de Toynbee ; d'après lui, le cervelet et le sinus latéral souffrent des lésions de l'apophyse mastoïde, tandis que le cerveau est menacé par les caries de la voûte de la caisse.

La marche de l'encéphalite suppurée varie suivant qu'elle est aiguë ou chronique. Dans la forme chronique, l'abcès s'enkyste, ce qui n'a pas lieu dans la forme aiguë. Dans le premier cas, la mort survient par rupture de l'abcès dans les ventricules ou sous les méninges, ou par un œdème aigu ; dans le second, par extension de la suppuration et destruction de la substance cérébrale.

Dans l'abcès aigu, la maladie évolue vers la mort en huit à douze jours ; parfois, elle se prolonge pendant trois à six

semaines. L'abcès chronique est caractérisé par une période latente prolongée, interrompue parfois par des accès de céphalalgie. Dans quelques cas, l'abcès évolue sans que rien ait pu faire soupçonner son existence. La durée de cette période latente varie de quelques semaines à plusieurs mois. Dans un cas de Harlin, le traumatisme, cause de l'abcès, datait de vingt-six ans.

D'après Schwartz, la thrombose ou la phlébite des sinus ne pourrait être diagnostiquée que lorsqu'il existe des signes de pyohémie. Les observations d'un grand nombre d'auteurs prouvent cependant que le signe indiqué par Gehrardt et Griesinger comme pathognomonique de cette lésion, l'œdème douloureux de la région mastoïdienne, a une grande valeur dans le diagnostic de la phlébite du sinus latéral. C. T.

XXVI. L'ataxie locomotrice différenciée des troubles fonctionnels qui la simulent; par A.-D. Rockwell. (*New-York medical Journal*, 1881, p. 546.)

L'auteur pense qu'un certain nombre de cas, traités comme ataxie locomotrice, ne sont autre chose que des exemples d'irritation spinale. « Les étonnantes assertions, dit-il, concernant la curabilité de la sclérose spinale, qui avaient cours en Allemagne il y a quelques années, n'ont pas été confirmées par l'expérience ultérieure. » Il croit que dans ces prétendus faits d'ataxie guérie, il n'existait pas de lésion des cordons postérieurs.

Il rapporte quatorze observations résumées : onze ont trait à des ataxies vraies qui ont résisté à tout traitement; trois sont des exemples d'incoordination motrice avec anesthésie et troubles nerveux divers par simple irritation spinale. Voici une de ces dernières observations :

R..., âgé de vingt-huit ans, souffre d'une incoordination marquée des mouvements avec insomnie, impuissance génitale, névralgies généralisées plutôt que localisées, et présente en même temps une grande dépression physique et intellectuelle, ces symptômes existent depuis un an et sont survenus à la suite d'une vie très dissipée. Il n'accuse aucune anesthésie et touche sans hésitation à un point donné de la face par un mouvement rapide de la main. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux. Sous l'influence de la faradisation générale et de la galvanisation centrale, le malade guérit en six semaines.

L'auteur attribue une grande importance dans le diagnostic de l'ataxie vraie aux signes suivants : l'impuissance à toucher un point donné à la face, — le nez ou l'oreille, — par un rapide mouvement de la main ; difficulté à apprécier de faibles différences de poids ; abolition du réflexe pupillaire et des réflexes tendineux. C. T.

XXVII. Importance du diagnostic précoce de l'épilepsie ; par E.-C. Seguin. (*The medical Record New-York*, août 1881.)

La répétition des attaques d'épilepsie crée une condition particulière du système nerveux (epilectic centre), une habitude épileptique que l'on peut éviter par un traitement précoce. Il importe de reconnaître l'épilepsie le plus tôt possible. Dans les deux premières années, l'axe spinal est excessivement irritable, et de nombreuses causes périphériques peuvent provoquer des convulsions qui n'ont rien à faire avec l'épilepsie ; mais passé cet âge, l'irritabilité décroît, et on a beaucoup exagéré la fréquence des convulsions réflexes. Chez les enfants au-dessous de trois ans, en dehors des traumatismes du crâne, des maladies organiques du cerveau, de la microcéphalie, les convulsions sont presque toujours d'origine réflexe, surtout si elles se répètent dans un court espace de temps ; une attaque isolée doit faire craindre l'épilepsie. Chez les sujets de trois à quinze ans, en dehors des affections rénales, les convulsions sont presque toujours épileptiques, il est excessivement rare qu'elles soient déterminées par une irritation des organes digestifs ou sexuels. Chez les adolescents et les adultes, en dehors de la syphilis et des néphrites, les convulsions, surtout si elles constituent une attaque isolée, sont presque certainement épileptiques. Dans tous ces cas, indépendamment de l'hygiène et du traitement spécial de chaque maladie, il faut, suivant l'auteur, donner le bromure et le continuer pendant plusieurs mois. Ch. F.

XXVIII. Contribution a l'étude de l'épilepsie gastrique et des relations existant entre cette épilepsie et certaines névroses du nerf vague ; par H. Pommay. (*Revue de médecine*, juin 1881.)

L'auteur, se basant sur deux observations personnelles et sur quelques faits empruntés à la littérature médicale, admet

que les troubles de la digestion, et en particulier ceux qui résultent de la surcharge stomacale, peuvent produire des symptômes nerveux divers dus à la paralysie ou à l'excitation du nerf vague. Ces phénomènes sont d'origine réflexe et se passent tout entiers dans la sphère du nerf vague (irritation de ses rameaux sensitifs, ou paralysie réflexe de ses rameaux cardiaques). Les phénomènes d'excitation se traduisent par des attaques épileptiques, les phénomènes paralytiques, par des crises cardiaques (battements précipités du cœur et arythmie). L'âge et la condition de santé habituelle des malades paraissent être pour quelque chose dans le mode de réponse à l'excitation : les attaques d'épilepsie se rencontreraient principalement chez les jeunes gens vigoureux, bien portants d'habitude, tandis que les autres troubles atteindraient les sujets d'un âge mûr, anémiés et débilités. L'épilepsie gastrique diffère des autres épilepsies en ce qu'elle reconnaît pour cause des écarts de régime, par les vomissements alimentaires qui s'ajoutent aux autres symptômes de l'attaque, par l'embarras gastrique qu'elle laisse à sa suite. Ch. F.

XXIX. Ataxie locomotrice, suite de variole ; par Henderson. (*Louisville med. news*, 11 février 1882).

Dans une réunion générale de la société Harvéienne de Londres, le Dr C.-G. Henderson a lu l'observation d'un cas de variole confluente suivie d'ataxie. Le malade, M. George A..., âgé de vingt ans, fut reçu, le 27 mai 1881, au *Saint-Pancras Tent hospital*. Sa température, qui était de 100 à 103°, s'éleva subitement le 31 mai, en quelques heures, à 107°,8. Il fut alors plongé dans un bain à 68° pendant quinze minutes. La température tomba à 96°, mais s'éleva dans les dix-huit heures qui suivirent à 104°,4 ; on donna un nouveau bain. Il ne survint ni hyperpyrexie, ni aucune autre complication ; mais la convalescence fut longue, de larges bulles étant apparues sous la plante des pieds et ayant laissé des croûtes qui se détachèrent très lentement. Le 18 juillet, alors qu'il commençait à se lever, le malade ressentit des engourdissements et des fourmillements dans les pieds, les mains et les jambes. Les réflexes du tendon rotulien et de la peau faisaient défaut, et il ne pouvait se tenir debout lorsque les yeux étaient fermés. Pas de myosis. Après avoir quitté *Tent hospital*, il se fit

soigner comme malade externe à *University College hospital.* Il recouvra lentement la force dans les jambes, mais la dernière fois qu'on le vit, le réflexe tendineux faisait encore défaut. Le Dr Henderson rapprocha ce cas des observations analogues rapportées par Landouzy et d'autres auteurs, et considéra les lésions causales des symptômes observés, comme probablement analogues à celles trouvées dans la paralysie diphthéritique et les autres formes de paralysie mentionnées après les maladies aiguës. Les symptômes différaient, par la marche favorable qu'ils prirent, finissant, dans la grande majorité des cas, par la guérison, de ceux qu'on observe dans l'ataxie locomotrice vraie. G. GILLES DE LA TOURETTE.

XXX. PARAPLÉGIE HYSTÉRIQUE CHEZ UN ENFANT; par A.-G. BARRS. (*The British med. journal*, **1883**, 5 février.)

Joseph A..., âgé de douze ans, fut admis le 23 novembre **1881**. Avant son admission, il était resté quelques mois dans la section des malades externes, souffrant d'une incontinence nocturne d'urine pour laquelle le galvanisme, le bromure de potassium et beaucoup d'autres remèdes avaient été employés sans résultat. Il avait été circoncis, dans son enfance, suivant la coutume juive. Sept jours avant son admission, étant alors dans son état de santé habituel, et pendant qu'il se promenait, sa jambe gauche fléchit subitement sous lui, et en quelques minutes il devint complètement paraplégique. Ni douleurs dans les membres, ni convulsions. C'était au moment de son entrée un garçon parfaitement bien portant en apparence, mais gardant le lit. Légèrement émotionnable, les pupilles largement dilatées, il ne présentait rien de particulier du côté des bras et des mains, mais ne pouvant, disait-il, remuer les jambes en aucune façon. Celles-ci paraissaient du reste complètement normales : la peau avait son aspect habituel, les muscles possédaient leur volume normal et il n'y avait aucune apparence de troubles trophiques du côté de la peau, des os ou des jointures. Les membres inférieurs étaient dans l'extension complète. Il n'y avait pas, à proprement parler, de contracture, mais la flexion passive du genou s'obtenait avec difficulté. L'anesthésie et l'analgésie de toute la circonférence des membres était complète à partir de la rotule jusqu'au niveau de la racine des orteils : les limites supérieures et inférieures

du territoire anesthésié étant parfaitement définies. Les réflexes plantaires, patellaires et crémastériques étaient normaux. Le pouvoir volontaire était totalement perdu, et depuis le début de la paraplégie, l'incontinence nocturne avait disparu.

Le 25 novembre, disparition presque complète de l'anesthésie et retour de quelques mouvements dans les jambes. Le 16, il peut se lever et marcher, soutenu, et le 6 décembre il quitte l'hôpital bien portant et pour le moment débarrassé de son incontinence urinaire. G. G. DE LA T.

XXXI. Contribution a la localisation des tumeurs de l'écorce du cerveau; par C. von Monakow. (*Arch. f. Psych. u. Nérvénk*, XI. 3.)

L'observation concerne une femme de 35 ans entachée d'hérédité psychopathique souffrant depuis 18 ans environ de mélancolie chronique et d'hystérie chez qui, consécutivement à un sarcome mammaire opéré, se développaient dans les divers organes des nodosités de même nature. Quatre mois après l'opération, on assistait à des manifestations permettant de conclure à une lésion centrale. Telles des douleurs névralgiques dans le bras droit et l'articulation de l'épaule de ce côté (intégrité des modes de la sensibilité ordinaire); bientôt tuméfaction de la région pariétale gauche dont la pression détermine des vertiges, des céphalalgies, des hyperalgies du membre supérieur en question. Puis céphalagie permanente, malaise général, dépression prononcée. Enfin, au bout de dix semaines, parésie de la jambe gauche qui présente les mêmes troubles de la sensibilité que le bras droit. Quelques semaines avant l'issue mortelle, somnolence et coma dont on faisait aisément sortir la malade par le simple contact des membres atteints. — L'autopsie montre dans la cavité crânienne la présence de trois nodosités sarcomateuses. L'une d'elles, de la grosseur d'un pruneau, développée presque exclusivement aux dépens du feuillet externe de la dure-mère, a perforé le crâne (siège de la tuméfaction gauche) et comprimé à la fois le lobule pariétal supérieur gauche (circonvul. pariét. sup. d'Ecker); en cet endroit, atrophie de l'écorce, prolifération nucléaire de l'épendyme, intégrité de la substance blanche. Les deux autres néoplasmes, du volume d'un haricot et d'un pois, siègent, l'un dans la faux de la dure-mère au niveau de la circonvolution de l'ourlet sur la gauche,

l'autre, dans cette membrane, à la région moyenne de la circonvolution supra-marginale droite; intégrité de la pie-mère et de l'écorce en ces régions. Intégrité absolue de la moelle et des gros troncs nerveux. Généralisation sarcomateuse dans les poumons, le médiastin, la plèvre, les côtes, l'utérus, les ovaires, la paupière supérieure gauche, enfin la tête de l'humérus droit : à l'égard de cet os, l'intégrité des troncs nerveux du bras et de la cavité articulaire permettrait, selon M. Monakow, de rendre la tumeur humérale irresponsable des accidents nerveux constatés. — La très faible atteinte de l'écorce, là où elle est lésée, rapprochée des progrès des symptômes psychiques parallèles au développement des tumeurs, indique pour l'auteur une relation de cause à effet directe entre l'excitation corticale et les phénomènes. Le défaut d'altérations dans les parties sous-jacentes aux petits sarcomes dure-mériens permet d'éliminer, à son sens, leur influence. Il s'agirait donc de relier l'ensemble des *manifestations croisées et alternes à l'altération du lobule pariétal supérieur avec l'excitation de l'écorce gauche*; peut-être s'agit-il d'un entrecroisement partiel des pyramides? Quant aux *rapports des sensations douloureuses de cette région*, de nombreux faits cliniques les constatent tant que la destruction n'a pas fait son œuvre; peut-être l'explication pourrait-elle en être cherchée dans le voisinage de la partie postérieure de la capsule interne et des circonvolutions pariétales, celles-ci recevant probablement des fibres sensitives issues de celle-là. P. K.

XXXII. Deux cas de myélite; par C. Moeli. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk.* XI. 3.)

Observation I.—Brusque atteinte d'analgésie et de faiblesse motrice dans les extrémités inférieures. Symptômes prédominants d'une affection médullaire unilatérale. Ultérieurement paralysie croissante s'étendant à l'autre jambe; rigidité, contractures en flexion, parésie vésicale. Phénomènes tendineux prononcés. Myélite (transverse) de la moelle dorsale inférieure avec dépôt pigmentaire abondant : dégénérescence ascendante et descendante.

Cette pigmentation, trouvée dans les foyers scléreux, serait pour l'auteur en rapport avec l'intensité de l'affection (dilatations vasculaires, hémorrhagies). Il conseille de rapprocher ce fait des observations de Leyden et Strümpell dans lesquelles

sont notées des lésions scléreuses consécutives à une myélite aiguë ou subaiguë, et des expériences de Leyden qui, à la suite de foyers myélitiques artificiels, trouva plus tard des processus scléreux.

Observation II. — Raideur et affaiblissements de la jambe droite développés graduellement en six ans, puis s'étendant rapidement à la jambe gauche. Parésie vésicale. Faibles manifestations du côté de la sensibilité. Au moment de l'admission, paralysie de la jambe avec rigidité. Phénomènes tendineux accusés. Troubles modérés de la sensibilité. Cystite; contracture. Accidents du décubitus. Mort. Foyers scléreux à travers la région dorsale inférieure et lombaire de la moelle. Lésions des cordons de Goll dans la moelle dorsale et cervicale; lésions du faisceau pyramidal dans la moelle lombaire.

Le processus devrait être considéré comme une combinaison de dégénérescences pseudo-secondaires et de dégénérescences asystématiques, mais sous la forme purement spinale. P. K.

XXXIII. Dégénérescence funiforme des cordons postérieurs de la moelle accompagnée de méningomyélite en foyers; par Julius Wolff. (*Archiv. f. Psch. u. Nervenk*, XII, 1.)

Le processus de la dégénérescence grise des cordons postérieurs (tabes dorsal) est-il primitivement interstitiel ou parenchymateux? Que doit-on penser de l'opinion qui le fait émaner de la propagation d'une méningite pie-mérienne chronique à travers les tractus conjonctifs qu'elle envoie dans la moelle (prolifération interstitielle et atrophie consécutive des fibres nerveuses)? Faut-il, de préférence, croire que les éléments nerveux primitivement altérés, entraînent l'hypergenèse du tissu connectif? Enfin est-ce bien là une affection systématique ne portant que sur certains faisceaux de fibres?

Voici le résumé de l'observation, base de ce travail. — Début de la maladie en 1866 à la suite d'un travail manuel exagéré, par des douleurs lancinantes dans les extrémités inférieures. Quelques semaines après, *tremblements à l'occasion des mouvements intentionnels dans les extrémités supérieures*. Pendant l'été de 1867, ataxie, paresthésie. En 1876, admission à l'hospice : à ce moment, élancements le long de la colonne vertébrale, avec sensation de froid dans cette région. Dysacousie de l'oreille droite. Ataxie des extrémités inférieures. Disparition

des réflexes tendineux. Troubles de sensibilité (?) dans les extrémités inférieures. En 1878, bruit systolique au cœur. En 1880, nul trouble de la sensibilité ; de temps à autre, tensions musculaires dans les quatre extrémités. Incontinence d'urine et des matières ; accidents du décubitus. Mort le 15 mai 1880. L'autopsie décèle l'existence d'une méningite médullaire avec épaississement de la pie-mère au niveau des cordons postérieurs, la dégénérescence grise des cordons postérieurs et celle des cordons antérieurs immédiatement au-dessous du renflement cervical. Le microscope localise ces lésions dans les cordons postérieurs, les cordons antérieurs, une partie des cordons latéraux et les cornes antérieures entre le point d'émergence de la huitième paire cervicale et de la première paire thoracique (dorsale). Foyer circonscrit gagnant de la périphérie à l'un des cordons latéraux à la hauteur de la troisième paire cervicale. Atteinte des cordons de Goll dans la moelle allongée. Faible lésion des faisceaux cunéiformes. Altérations marginées en toute la moitié postérieure de la moelle allongée, et çà et là, le long des cordons postérieurs de la moelle. Lésions des racines postérieures, par places des cornes postérieures. L'épaississement de la pie-mère apparaît dans l'ensemble des coupes à la périphérie : il en est de même pour l'épendyme du quatrième ventricule. On trouve des corpuscules amylacés et des éléments colloïdes dans la pie-mère et au sein des lésions. En somme, *lésion funiforme des cordons postérieurs avec un gros foyer au-dessous du renflement cervical, et un petit foyer dans cette région.*

Dans l'espèce, M. Wolff paraît incliner à l'idée *d'une méningite ayant déterminé une lésion interstitielle,* à raison de l'accentuation des phénomènes inflammatoires de la pie-mère tout autour de la portion inférieure de la moelle allongée et de la coexistence en cet endroit d'altérations marginées étendues, du moins en arrière (sans sélection systématique) ; de l'épaississement considérable de l'épendyme à la région supérieure de la moelle, au-dessous de la protubérance, sans dégénérescence ; des mêmes manifestations du côté de la pie-mère lombaire accompagnées de dégénérescences marginées, malgré la bénignité et la faible étendue des lésions de la méninge ; on peut suivre à ce niveau un tractus conjonctif depuis les racines postérieures jusqu'au milieu des cordons de Goll. L'apparition tardive de la raideur et des douleurs vertébrales (dixième

année de la maladie) devrait dépendre de la nature spontanément chronique de l'inflammation méningée.

Le mécanisme des douleurs qui ont ouvert la scène (douleurs des membres inférieurs) suscite, selon l'explication qu'on leur applique, une conception différente de l'évolution générale des lésions anatomiques, dans leurs rapports réciproques. L'idée de la pression exercée par la pie-mère enflammée sur les racines à leur émergence, indiquerait une méningite primitive dont le premier foyer serait, vu l'âge et l'allure des altérations, celui que l'on constate au-dessous du renflement cervical, la forte participation des cordons antéro-latéraux expliquant en même temps le tremblement intentionnel des extrémités supérieures concomitant. Une seconde hypothèse concernant ces manifestations a trait à la lésion des fibres radiculaires intra-médullaires, l'inflammation gagnant en profondeur d'abord dans les cordons postérieurs de la moelle lombaire, puis dans la région thoracique supérieure. Enfin une troisième pathogénie, également possible, relève de la production concurrente d'un foyer de méningo-myélite dans la région thoracique supérieure comprenant les cordons antéro-latéraux de la moelle cervicale et d'un foyer parenchymateux dans les cordons postérieurs.

Sur le chapitre de la systématisation et de l'existence de lésions parenchymateuses, l'auteur ne croit pas pouvoir tirer de ce fait des conclusions. Il se borne à constater la confirmation de l'allégation de Pierret, que la dégénérescence des cordons de Goll, dans la région cervicale, n'a rien à voir avec l'ataxie brachiale, et de l'opinion de Westphal que l'ataxie des membres inférieurs dépend de la dégénérescence des rubans externes des cordons postérieurs, comme l'absence de réflexes patellaires. — Les tremblements à l'occasion de mouvements voulus dans les membres supérieurs, évidemment d'origine centrale (les nerfs périphériques n'ont malheureusement pas été examinés), survenant avant les tensions musculaires chez une personne jusqu'alors bien portante; parmi les symptômes caractéristiques d'une maladie de la moelle, ne sauraient dépendre que du foyer qui siège au-dessous du renflement cervical (intégrité des régions); l'extension transverse, à cette hauteur, des lésions de la moelle aux deux cordons antérieurs, (expériences de Brown-Séquard), à une portion des cordons latéraux et des cornes antérieures, est plus que nécessaire pour rendre compte de ce phénomène pathologique. P. K.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE

XV. PROCÉDÉ POUR COUPER LES ACCÈS D'AGITATION CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE PSYCHOPATHIES CHRONIQUES, A L'AIDE DES INJECTIONS DE QUININE ET DU BROMURE DE POTASSIUM ; par Richard KOHN (*Arch. f. Psych. n. Nervenk.*, XI. 3.)

Ces accès, qui se montrent de temps à autre, sont précédés de prodrômes extrêmement fugaces qui, à raison de leur valeur, variable suivant les cas, échappent à une description fondamentale d'autant que, l'évolution étant rapide, ils indiquent souvent moins l'approche que le début de l'accès. Citons la congestion, l'hyperémie céphalique, les battements carotidiens, l'agitation, l'anxiété, le marmottement ; un pouls petit, dépressible et des convulsions fibrillaires à la langue, accompagnées d'état sabural et de tremblement des doigts en ce qui concerne les exacerbations de la folie systématique (Meyer). Souvent, ajoute M. Kohn, avant même qu'aucun signe psychique se soit montré, la pupille change, témoignant d'un trouble de circulation précédant ceux de l'innervation (manie périodique, folie systématique, hystérie) : il en est de même du changement dans les habitudes (Reimer). Quoi qu'il en soit, c'est au moindre symptôme suspect qu'on agira. — L'auteur relate une observation, qu'il considère comme *manie simple*, datant déjà de treize ans dans laquelle des agitations périodiques croissaient en durée : sous l'influence de quatre, cinq, six grammes de K Br, répété jusqu'à trois fois par jour, ces accès ont disparu au bout d'un an de traitement. Un second succès a trait à une *lypémanie religieuse* : deux et trois grammes matin et soir arrêtèrent deux accès en voie d'évolution.

Les résultats heureux à l'aide de *la quinine* furent obtenus grâce à des injections hypodermiques de quatre seringues de la solution suivante au début de l'accès :

Chlorhydrate de quinine.	2 gr.
Glycérine. . . . . }	5 gr.
Eau distillée. . . . . . }	

Les quatre seringues représentent 80 centigrammes de la substance active, équivalent à 4 et 5 grammes de quinine en ingestion buccale. L'absorption en est très active et rapide, l'auteur n'ayant jamais eu à noter, ni nausées, ni vomissements, ni aucun phénomène d'irritation locale, quand il eut soin d'employer la solution chaude et bien divisée. Très forts bourdonnements d'oreilles : deux observations à l'appui. Dans l'une il s'agissait d'une hystérique ovarienne dont les accès menaçaient d'antraîner le suicide : disparition complète des crises sous l'influence de l'injection. Dans l'autre qui concerne une maniaque ayant déjà eu de longs accès, chaque dose de 0,80 calme la malade ; en même temps, abaissement de sa température de 38 à 37°, et du pouls de 136 à 100 : une série de douze injections, soit 3 gr. 20, décidèrent de la persistance de l'amélioration.

M. Kohn croit que la quinine agit simplement sur le cœur parce que le pouls présente une réduction plus forte que la température, et qu'en aucun cas il n'eut à noter de phénomènes cérébraux. Le bromure agirait plutôt sur les cellules corticales. P. K.

XVI. Le réflexe tendineux dans la paralysie générale des aliénés ; par J.-C. Shaw. (*Archives of medicine.* New-York, août 1881).

M. Shaw a étudié le réflexe tendineux, sur soixante et onze hommes et sur onze femmes. Chez les soixante et onze hommes, il était normal dans vingt-huit cas, diminué dans huit, absent dans treize, exagéré dans vingt-deux. Chez les onze femmes, il était normal sept fois, une seule fois il était absent, et dans trois cas il était exagéré. La moelle a été examinée dans dix-huit cas ; quand les réflexes étaient normaux, la moelle n'offrait aucune lésion ; quand ils étaient exagérés, il existait une dégénération secondaire, symétrique des cordons latéraux. Dans quelques cas d'abolition complète, il y avait en même temps une contracture marquée, qui ne dépendait pas de la sclérose latérale, mais d'une sclérose périphérique due à une méningite chronique.

Dans les cas d'abolition, il y avait soit une sclérose fasciculée postérieure, soit une sclérose corticale peu marquée dans la même région. Quelques observations montrent que l'exagéra-

tion du réflexe correspond à une difficulté marquée de la parole et à des attaques hémi-parétiques. Cette connexion est susceptible d'une démonstration anatomique sur laquelle l'auteur reviendra. CH. F.

XVII. SUR LA FOLIE MORALE; par J.-R. GASQUET. (*The Journal of Mental Science*, avril 1882, p. 1.)

M. Gasquet pense que si l'on éprouve quelque difficulté à concevoir une folie morale distincte de la folie intellectuelle, cela provient surtout de ce que l'on ne tient pas suffisamment compte de la complexité des processus mentaux qu'implique le plus simple des actes moraux ; il se propose de rechercher à quel point de ces processus mentaux que l'on désigne sous le nom de moraux, la folie peut intervenir pour les priver de leur caractère normal. L'auteur écarte tout d'abord, comme n'appartenant pas au domaine de la folie morale, les actes accomplis, soit sous l'influence d'une impulsion irrésistible, soit sous l'influence d'une passion violente.

Ce qui constitue essentiellement un acte volontaire, c'est d'abord une délibération, et ensuite une détermination : l'auteur examine successivement ces deux processus. En ce qui touche la *délibération*, il est clair qu'elle devient impossible lorsqu'un ou plusieurs des faits nécessaires pour former un jugement sont inconnus; elle est non moins impossible lorsque des illusions ou des hallucinations font entrer en ligne de compte des faits qui n'ont rien de réel. Ce que les personnes étrangères à l'étude de la folie conçoivent moins facilement, c'est que les faits puissent être exactement connus sans que leur valeur morale et leurs rapports soient sainement appréciés. C'est pourtant ce qui arrive, et l'on trouve de ce fait un exemple, sans conséquences sociales fâcheuses, dans la mélancolie sans hallucinations, où les malades ont une connaissance très correcte des divers événements de la vie, et voient cependant dans tous ces évènements, sans distinction, des motifs de tristesse. Il résulte des études qui ont été faites sur la folie morale que cet état se rencontre surtout dans deux cas : tantôt, en effet, il précède ou suit un état de folie plus manifeste, tantôt il constitue un héritage reçu de parents névropathes. Dans le premier cas, les jugements moraux d'ordre général demeurent intacts ; c'est leur application aux cas par-

ticuliers qui devient impossible : c'est alors que l'on voit les malades changer brusquement de sentiments à l'égard de leurs proches, changer, sans motifs, de religion, d'occupation, d'habitudes, et perdre la juste notion de leur équilibre budgétaire. Le second cas est encore plus grave : là, tous les jalons moraux sont déplacés, le critérium des actions individuelles fait totalement défaut, la notion du bien et du mal est troublée, ou, ce qui est plus fâcheux encore, complètement retournée.

La physiologie peut nous rendre compte de tous ces symptômes ; prenons par exemple le dernier cas examiné : « Il est évident que, quelle que soit l'hypothèse adoptée relativement aux rapports qui existent entre le corps et l'esprit, tous les centres corticaux doivent être capables d'agir ensemble, et que quelques-uns d'entre eux doivent être ordinairement associés, (soit d'une façon congénitale, soit par habitude) et qu'il y a là une condition indispensable de l'activité normale nécessaire à l'esprit pour découvrir les rapports mutuels des idées. Supposons maintenant que quelques-uns de ces centres soient dissociés, ou que, par malformation congénitale, certaines cellules corticales, qui normalement doivent être séparées, se soient reliées les unes aux autres, et nous concevons facilement le mécanisme suivant lequel peuvent se produire, soit des associations d'idées anormales, soit un état d'insensibilité morale. »

L'étude des lésions somatiques, pouvant influer sur la *détermination* morale, est plus difficile, et fait intervenir la question du libre arbitre. On se trouve alors en présence de deux théories : suivant l'une, la volonté agirait à la façon d'une force prépondérante indépendante ; son rôle serait analogue à celui de la main qui pèse sur l'un des plateaux d'une balance ; — suivant l'autre, et pour continuer la comparaison, le rôle de la volonté consisterait à augmenter pour ainsi dire les poids placés dans l'un des plateaux par l'importance particulière attachée à la valeur des motifs que ces poids représentent, tandis qu'en refusant toute attention à la valeur des motifs opposés, elle diminuerait au contraire cette valeur. Dans cette dernière hypothèse, qui paraît à M. Gasquet beaucoup plus vraisemblable que la première, on voit que le processus mental, tant dans sa partie positive que dans sa partie négative, se réduit purement et simplement à un phénomène d'*attention*.

« Or, il est généralement admis par les physiologistes que la fonction cérébrale nécessaire à l'attention consiste en un processus d'inhibition s'exerçant sur les centres corticaux (*analogue* à celui qui gouverne les régions inférieures du système nerveux) et que Ferrier localise dans les lobes antérieurs du cerveau. » Il n'est donc pas étonnant, lorsqu'une lésion cérébrale affecte dans une mesure plus ou moins considérable les centres cérébraux les plus élevés et ceux qui sont le siège du pouvoir d'inhibition, que l'esprit devienne incapable d'examiner, au moment de prendre une détermination, les deux côtés de la question. « Telle est, il me semble, dit M. Gasquet, l'explication de cette perte complète de puissance sur soi-même, de cette entière sujétion aux passions, et spécialement aux passions les plus impérieuses, que l'on voit se manifester soudainement à la suite d'une insolation, d'une lésion de la tête, d'une affection fébrile aiguë, ainsi qu'à la première période de la paralysie générale. » R. DE M.-C.

XVIII. DE L'EMPLOI DE L'ATROPINE COMME AGENT SÉDATIF; par J.-R. GASQUET. (*The Journal of Mental Science*, nº d'avril 1882.)

L'importance que M. S. Ringer attribue à l'atropine comme sédatif et comme hypnotique a conduit M. Gasquet à essayer cet alcaloïde dans les cas où jusqu'ici il avait obtenu de bons résultats de l'hyoscyamine; il l'a employé dans deux cas de manie chronique avec idées de violence et de destruction, et dans un cas de folie chronique avec hallucinations terrifiantes de l'ouïe; il regrette de n'avoir pu jusqu'ici l'expérimenter dans des cas aigus. Il a paru à l'auteur que l'action de l'atropine était moins puissante que celle de l'hyoscyamine ; les malades sont maîtrisés par le médicament d'une façon moins complète, et les tentatives de violence, quoique très atténuées, reparaissent par intervalles. Les effets de l'atropine sont aussi moins prolongés, et il est souvent nécessaire d'y avoir recours deux ou trois fois dans les 24 heures. En revanche, on constate chez les malades moins de stupeur et d'accablement que sous l'influence de l'hyoscyamine. En somme, si incomplets que soient ces premiers essais, leurs résultats sont encourageants; l'atropine aurait en outre, si sa valeur thérapeutique était reconnue égale à celle de l'hyoscyamine, l'avantage de coûter environ quinze

fois moins cher que cette dernière, et cette considération n'est pas à dédaigner dans les grands établissements. R. DE M.-C.

XIX. Guérison, au bout de trois ans environ, d'un accès de manie avec prédominance des hallucinations de l'ouïe ; par Bacon. (*The Journal of Mental Science*, n° d'avril 1882.)

L'observation peut se résumer ainsi : Femme de trente-trois ans, mariée, entrée à l'asile en mai 1874. Manie aiguë avec tendance à la violence et à la destruction. Pendant 13 mois, on ne constate que des améliorations courtes, passagères et insignifiantes ; la malade est sale et méchante. En juin 1875, elle est plus propre, plus calme et dort bien ; mais les hallucinations persistent sans modification. — En août 1875, abattement marqué. — En décembre 1875, rechute ; elle retombe aussi bas que jamais. — En 1876, amélioration générale, coupée cependant de quelques rechutes : la conduite reste un peu bizarre, les hallucinations persistent. En février 1877, elle est assez bien pour qu'on la laisse sortir un mois, à l'essai : au bout du mois la sortie est maintenue, la malade paraissant guérie. Le docteur Bacon avait beaucoup hésité à la laisser sortir ; mais, vers la fin de 1881, il a su par le mari de la malade que la guérison était demeurée complète, et qu'il ne restait d'autre trace de la maladie mentale passée qu'un peu d'irritabilité dans le caractère. — En général, on considère les hallucinations de l'ouïe comme caractéristiques de l'incurabilité des affections mentales ; c'est pourquoi l'auteur a pensé que l'observation qui précède méritait d'être publiée. R. DE M. C.

XX. De l'éducation des aliénés et du système scolaire en vigueur a l'asile d'aliénés du district de Richmond (Dublin) ; par John Fox. (*The Journal of Mental science*, n° d'avril 1882.)

M. John Fox est directeur de l'école de l'asile de Richmond, et les renseignements que renferme son travail sur le fonctionnement de cette institution sont du plus haut intérêt ; c'est avec beaucoup de regret que nous serons forcés de les abréger, et de n'en retenir que les grandes lignes, ou en quelque sorte les idées directrices. Par une comparaison qui ne manque ni d'ingéniosité, ni de justesse, il fait remarquer que le médecin qui soigne une maladie d'estomac se garde bien de refuser les

aliments à son malade ; il se borne à les choisir, à les approprier à l'état de l'organe, cherchant surtout à utiliser les fonctions demeurées indemnes; en agissant ainsi on guérit parfois le malade; en tous cas on ne le laisse pas mourir de faim. Pourquoi donc n'agirait-on pas de même lorsqu'il s'agit du cerveau? Si les personnes qui s'étonnent de voir créer une école dans un asile d'aliénés comprenaient qu'il ne s'agit pas d'instruire des fous, mais d'assurer, par une méthode graduée et appropriée le fonctionnement cérébral de ces malades, leur surprise, née d'une erreur, se dissiperait rapidement.

Le premier point qui frappe dans l'étude de M. Fox, c'est le grand nombre des aliénés qui prennent part aux exercices scolaires : toutes les divisions de l'asile (à l'exception bien entendu de l'infirmerie) envoient à l'école leur contingent presque complet ; les travailleurs de la ferme et des ateliers suivent le soir des exercices scolaires moins longs, mais réguliers; c'est à peine, en somme, si dans chaque division on rencontre quelques malades qui, par mauvaise volonté ou par déchéance intellectuelle absolue demeurent réfractaires à l'école. — Les malades sont divisés en six classes, suivant leur instruction acquise ou suivant le plus ou moins de conservation de leurs facultés mentales : cette division en classes se base principalement sur les connaissances en lecture, en arithmétique et en géographie. Les principales matières de l'enseignement, que l'on s'est proposé de faire correspondre aux diverses facultés de l'esprit, sont : l'instruction religieuse, les lectures morales avec déductions pratiques, les leçons de choses, la lecture, la géographie et l'arithmétique, l'écriture, le dessin, la musique, la marche au pas et les exercices militaires. — En outre tous les jeux de jardin et d'appartement, depuis le criket et les quilles jusqu'au billard et aux échecs sont enseignés et encouragés. Enfin l'asile renferme une bibliothèque de 200 volumes, destinés aux malades, et dont la distribution, aussi bien que la responsabilité est confiée aux chefs de quartier. Des journaux quotidiens, des périodiques illustrés et plusieurs recueils mensuels complètent les ressources intellectuelles mises à la portée des malades et utilisées avec plaisir par le plus grand nombre d'entre eux. — Nous passons ici sous silence un grand nombre de détails, d'une application plus ou moins utile, plus ou moins facile ; nous souhaiterions que le travail de M. Fox fût lu et médité par tous les directeurs d'asile ; nous avons la conviction qu'ils

ne tarderaient pas à instituer, dans la mesure des ressources dont ils disposent, un système scolaire dont M. Fox, qui l'applique avec un dévouement digne d'éloges, résume ainsi les avantages: 1° Fournir une occupation à un grand nombre de malades qui sans cela resteraient oisifs ; 2° varier les occupations de tous ces malades ; 3° appliquer la méthode de l'éducation à l'amélioration ou au soulagement de l'état des malades atteints d'affections mentales; 4° rompre la monotonie de la vie de l'asile et contribuer ainsi au bien-être de ceux qui y sont internés [1]. R. de M.-C.

XXI. Folie associée a la chorée; deux observations; par Joseph Wiglesworth. (*The journ. of Ment. Science*, avril 1882.)

Voici le résumé de ces deux observations:

1° Femme de vingt-un ans, mariée, d'une bonne santé habituelle, ne comptant pas d'aliénés dans sa famille ; un mois avant son entrée à l'asile, elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire qui paraît avoir été subaigu; les troubles mentaux datent de ce moment ; ils étaient caractérisés par des hallucinations de la vue ; trois semaines plus tard, c'est-à-dire huit jours avant son entrée à l'asile, elle a présenté des mouvements choréiformes limités au bras droit et à la jambe droite ; ces mêmes mouvements existent et sont très intenses au moment de son entrée. En même temps, manie sans violence, agitation, incohérence. Elle donne son nom et son adresse, mais ce sont là les seules questions auxquelles elle répond d'une façon raisonnable ; elle a des hallucinations manifestes du toucher. Trois jours après l'entrée, retour de quelques symptômes de rhumatisme. Cœur : pas de matité anormale, bruit systolique court à la pointe, entendu également à la base ; le second bruit est clair. Au bout de huit jours, disparition des mouvements choréiformes, amélioration de l'état mental. Pendant plus de dix mois reste à l'asile, présentant les signes d'une amélioration progressive, mais lente ; elle a une grande difficulté à parler, qui paraît due à un défaut de coordination des muscles qui servent à l'articulation du langage. Au bout d'un

[1] Leuret avait organisé à Bicêtre, dans le même but, une école, une bibliothèque et des jeux; mais l'administration impériale a tout fait disparaître. (B.)

an environ, elle est en pleine convalescence : elle parle raisonnablement, sa mémoire est bonne ; elle n'a toutefois pas encore entièrement recouvré la direction volontaire de sa langue. — Cœur : pas de matité, bruit doux à la pointe, ne se propageant pas dans l'aisselle. — La santé générale est excellente.

2° Fille de quinze ans, mère épileptique, un oncle aliéné; les renseignements sont peu explicites; cependant elle aurait été choréique depuis un mois, et aurait présenté des troubles intellectuels depuis une semaine; on n'aurait pas constaté de rhumatisme. Lors de son entrée à l'asile : pas de matité cardiaque anormale; bruit systolique un peu musical à la pointe, s'entendant dans l'aisselle. Mouvements choréiformes généralisés, d'intensité moyenne. Parole indistincte à force d'être saccadée; délire tranquille; incohérence dans les idées. Cette incohérence cesse quand on pose à la malade des questions simples, auxquelles elle répond d'une façon assez raisonnable; elle reparaît dès qu'on ne sollicite plus son attention. Durant un mois, persistance, avec alternatives légères d'amélioration et d'aggravation, des mouvements choréiformes. — Hallucinations de l'ouïe et du goût. — Après six semaines de séjour, amélioration générale, physique et mentale. — Les mouvements choréiformes ont disparu ; plus d'hallucinations ; cependant la malade croit encore à la réalité des hallucinations de l'ouïe : elle se souvient d'avoir entendu la voix de son père bien qu'elle ne l'entende plus. — Elle sort au bout de trois mois et demi; sa santé générale est bonne; au point de vue mental, elle est tout à fait convalescente.

L'auteur rappelle que M. Clouston a publié en 1870 (*The Journal of Mental Science*, n° de juillet) deux cas de folie rhumatismale : dans les deux cas qui viennent d'être résumés, le rhumatisme n'a été constaté que chez une seule des malades; mais l'absence de renseignements suffisants ne permet pas d'affirmer qu'il n'existait pas chez l'autre. Quoi qu'il en soit la présence simultanée de la chorée et de l'endocardite permet de rapprocher ces deux cas de ceux de M. Clouston. On remarquera ici le caractère très accentué des troubles de la sensibilité spéciale, qui se sont montrés plus rebelles que les troubles qui affectaient ou détruisaient momentanément des fonctions intellectuelles plus élevées, telles que l'attention et la mémoire.

R. de M. C

XXII. Localisation spinale. — Lésions destructives de l'encéphale. — Affection de la moelle; par W. Julius Mickle. (*The Journal of Mental science*, n° d'avril 1882.)

Nous ne pouvons donner ici les détails de l'observation et de l'autopsie ; mais les réflexions de l'auteur, que nous reproduisons, font parfaitement ressortir les particularités de ce cas intéressant. « 1° Dans ce cas, en même temps qu'une hémiplégie gauche, il existait des lésions destructives affectant à la fois le corps strié du côté droit et le lobule paracentral droit ; la première de ces lésions avait probablement joué le principal rôle dans la production de la paralysie ainsi que de la lésion descendante secondaire. — 2° Il y avait des contractures rigides des membres du côté gauche (le bras étant dans la flexion et la jambe dans l'extension), une diminution du réflexe tendineux du genou, une absence du clonus de la cheville, et d'autre part on ne constatait qu'une sclérose descendante très peu marquée, tandis qu'il existait une atrophie de la corne grise postérieure correspondante. Il est possible que la lésion des éléments sensitifs ait neutralisé, et au delà, à cet égard, la lésion descendante des éléments moteurs. — 3° La lésion qui avait détruit la surface inférieure de l'écorce occipito-temporale gauche, ainsi que la lésion partielle de la couche optique gauche (pour ne rien dire de la lésion protubérantielle), sont intéressantes et quelque peu embarrassantes, si on les rapproche de l'anesthésie incomplète que présentait la jambe gauche, et d'un certain degré d'hyperesthésie qui avait paru exister sur les membres du côté droit. L'état de la moelle toutefois fournit quelques explications sur ces symptômes, à la production desquels la lésion protubérantielle peut d'ailleurs avoir contribué; ces mêmes lésions, d'autre part, sont intéressantes au point de vue de la diminution de la perception visuelle que présentait le malade à l'égard des objets placés à sa droite ; les lésions occipitales surtout sont à rapprocher des resultats récemment publiés par Munck. — 4° Au point de vue de la comparaison des lésions observées dans ce cas avec celles que l'on rencontre dans des cas cliniquement analogues, il y a lieu de noter qu'aucune dégénérescence morale n'accompagnait ici l'extrême abaissement de l'intelligence (surtout en ce qui touchait la mémoire). R. de M.-C.

XXIII. Les hallucinations dans la paralysie générale des aliénés, considérées spécialement dans leurs rapports avec la localisation des fonctions cérébrales ; par W. Julius Mickle. (*The Journal of Mental Science*, nos de janvier et d'avril 1882.)

On sait avec quel soin et quelle persévérance M. J. Mickle s'est adonné à l'étude de la paralysie générale des aliénés ; le mémoire dont il s'agit ici ne le cède point en intérêt aux travaux précédents du même auteur ; mais, composé presque entièrement d'observations, déjà très condensées, il échappe à l'analyse, ou plutôt ne comporte d'autre analyse que la reproduction des conclusions de l'auteur, qui sont les suivantes : Les hallucinations et les illusions ont dans la paralysie générale plus de fréquence et d'importance qu'on ne leur en reconnaît généralement. Il est probable, et cela pour les raisons indiquées, que les chiffres indiqués dans ce travail comme étant les chiffres (p. 100) des paralytiques généraux chez lesquels on a observé des hallucinations des divers sens, sont des chiffres minimum. Contrairement à ce que l'on admet généralement, les hallucinations de la vue ne sont guère plus fréquentes d'une façon absolue, dans la paralysie générale que les hallucinations de l'ouïe. Mais, chez les soldats paralytiques, les hallucinations de la vue se rencontrent dans une proportion plus élevée par rapport aux hallucinations de l'ouïe que chez les autres soldats aliénés. Chez ces derniers, ou d'une façon plus précise, chez les soldats atteints de folie non aiguë, la paralysie générale étant exclue, les hallucinations de l'ouïe l'emportent en fréquence sur celles de la vue ; elles l'emportent également sur les hallucinations de la vue dans la paralysie générale. Chez les aliénés, en général, les hallucinations de la paralysie générale sont souvent de courte durée ; elles récidivent, sont variables, non systématisées, nombreuses, absurdes, grossières, quelquefois sans lien aucun entre elles, contradictoires les unes à l'égard des autres, et très agréables ou très pénibles. La plupart des hallucinations de la paralysie générale sont liées d'une façon intime à des lésions des centres sensoriels corticaux du cerveau. Lorsqu'on étudie les hallucinations de la paralysie générale au point de vue des localisations cérébrales, on peut tirer un parti utile de la distribution des adhérences cérébro-méningées

et des modifications de la couche corticale qui accompagnent les adhérences. Dans les cas d'hallucinations de la vue chez les paralytiques généraux, le pli courbe n'est pas affecté d'une façon aussi marquée que tendrait à le faire prévoir la théorie suivant laquelle il constituerait le seul centre cortical de la vue; on peut en dire autant de la première circonvolution temporo-sphénoïdale, si on la considère comme le seul centre cortical de l'audition dans les cas où il existerait des hallucinations de l'ouïe. Ainsi l'anatomie pathologique de la paralysie générale ne vient pas à l'appui de l'opinion exclusive suivant laquelle ces circonvolutions constitueraient ou contiendraient respectivement les centres corticaux uniques de la vision et de l'audition. En considérant l'ensemble des cas, on constate que la circonvolution supra-marginale est plus atteinte que le pli courbe dans les cas qui s'accompagnent d'hallucinations de la vue, et que les adhérences sont souvent très accusées sur le lobule postéro-pariétal. On constate également que la deuxième circonvolution temporo-sphénoïdale paraît être plus atteinte que la première dans les cas qui s'accompagnent d'hallucinations de l'ouïe, ces cas étant pris dans leur ensemble. R. DE M.-C.

XXIV. LES EXPERTS ALIÉNISTES ET LA RESPONSABILITÉ CRIMINELLE; par D. HACK TUKE. (*The Journal of Mental Science*, n° d'avril 1882.)

Le travail de M. Hack Tuke est une critique, très modérée dans la forme, très amère dans le fond, de la législation, ou manque de législation en Angleterre en ce qui touche l'examen de la responsabilité criminelle devant les tribunaux. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les détails de cette importante étude : il conduit tour à tour le lecteur devant les diverses juridictions, et lui montre l'accusé constamment dépourvu des garanties les plus élémentaires relativement à l'étude de son état mental. Sans doute, il arrive parfois, souvent même, M. Hack Tuke se plaît à le reconnaître, que le bon sens et l'équité du juge suppléent au silence de la loi; encore faut-il que le magistrat, pour s'éclairer sur le degré de responsabilité de l'accusé, prenne des biais et tourne pour ainsi dire la loi, afin d'obtenir, malgré elle, ce que le sens commun voudrait qu'elle prescrivît. Ce que

M. Hack Tuke réclame, et nul, on le reconnaîtra, n'est plus compétent que lui en pareille matière, c'est que la législation commande ce qu'aujourd'hui elle tolère à grand peine, et que le soin d'ordonner une expertise ne soit pas laissé au caprice de magistrats dont quelques-uns n'admettent en aucun cas la doctrine de l'irresponsabilité. C'est avec l'ironie du patriotisme humilié que l'auteur constate que, dans les autres pays, on étudie, lorsqu'il y a lieu, l'état mental de l'accusé *avant* les débats, tandis qu'en Angleterre on l'examine après. M. Hack Tuke indique en terminant la réforme qu'il propose, mais il est aisé de voir qu'il s'accommoderait volontiers d'une procédure quelconque en pareille matière, pourvu qu'elle ne retardât pas d'un siècle sur les progrès de la science et de l'humanité. Il faut souhaiter que la voix autorisée du savant aliéniste anglais soit entendue, et que la réforme qu'il réclame avec un énergique bon sens n'aille pas grossir le nombre des réformes qui s'imposent toujours et ne s'accomplissent jamais.

R. de M.-C.

BIBLIOGRAPHIE

De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques; par Vallon. (Thèse de Paris, 1882.)

Ce travail comprend deux parties : dans la première, l'auteur cherche à déterminer l'influence des traumatismes du crâne sur le développement de la paralysie générale; dans la seconde il étudie les affections chirurgicales traumatiques ou spontanées qui peuvent survenir chez les paralytiques généraux, et considère l'évolution des traumatismes chirurgicaux et leur influence sur la marche de la maladie. Nous ne pouvons faire mieux que de résumer les conclusions de cet intéressant travail.

I. En dehors de toute prédisposition héréditaire ou acquise, les traumatismes du crâne peuvent provoquer le développement de la paralysie générale. La maladie peut débuter peu de temps après

l'accident, mais ordinairement elle n'apparaît que des mois ou des années plus tard, sans affecter d'ailleurs une forme particulière qui permette de reconnaître la cause. La paralysie générale, d'origine traumatique, dont la pathogénie est complexe, se montre à l'âge où se développe ordinairement cette affection; une certaine préparation de l'organisme semble donc nécessaire. Il est du reste avéré que chez les sujets prédisposés, les traumatismes du crâne jouent le rôle de cause déterminante; ils précipitent la marche de la maladie déjà en évolution. Le pronostic doit toujours être réservé dans les cas de plaies de tête; et chez les paralytiques généraux il faut éviter les chocs même les plus légers. M. Vallon considère même comme dangereux le choc de la douche descendante. Si on pouvait reconnaître sûrement l'origine traumatique dans un cas donné de paralysie générale, on pourrait porter un pronostic favorable sur les enfants nés avant l'accident.

II. Dans la paralysie générale on rencontre souvent une raréfaction du tissu osseux qui prédispose aux fractures dont la consolidation peut être lente et incomplète, sans que cependant la guérison soit rare. Les traumatismes des parties molles donnent souvent lieu à une suppuration abondante. Les traumatismes suivis ou non de suppuration exercent souvent une influence heureuse sur la paralysie générale, dont elles arrêtent l'évolution pendant un temps plus ou moins long. De là l'indication des sétons et autres moyens du même ordre dans le traitement de la paralysie générale. La maladie, même à la dernière période, n'est pas une contre-indication à l'anesthésie et aux opérations chirurgicales. Les plaies opératoires guérissent souvent simplement, quelquefois même par première intention. CH. F.

Des maladies mentales et nerveuses; par M. BILLOD, médecin en chef, directeur honoraire des asiles de la Seine, 2 vol. in-8 (Masson, édit., 1882).

Sous ce titre, l'auteur a réuni en deux volumes de 600 pages chacun toutes ses productions antérieures, éparses dans des journaux spéciaux; n'y sont pas compris ses travaux si appréciés sur la pellagre. Ces deux volumes constituent, comme l'a dit l'auteur, son testament scientifique. Plusieurs de ces articles et peut-être ceux auxquels M. Billod attache le plus d'intérêt, ont vieilli soit par le progrès ou la modification dans la marche des idées sur les questions qu'il a étudiées, soit parce que, par la valeur même des idées et des vues qu'ils contiennent, ces articles très justement appréciés sont tombés dans le domaine public scientifique et maintenant connus de tous.

De telles considérations expliquent les difficultés d'analyse de ces deux volumes, dont les chapitres les plus intéressants ont été

publiés il y a vingt ou trente ans. C'est un ouvrage dont on aura une idée bien plus nette à la lecture que par une analyse qui ne peut mentionner les idées nombreuses propres à l'auteur, jetées incidemment çà et là, et constituant néanmoins un des principaux attraits à la lecture de l'ouvrage.

Le psychologue se retrouve tout entier dans les chapitres sur les lésions de la volonté, sur celles de l'association des idées, sur les diverses formes de lypémanie, sur les intervalles lucides, sur la chronicité et l'hérédité comparées dans leurs effets.

Le clinicien se révèle dans le chapitre sur la symptomatologie de l'épilepsie, dans ses recherches sur la paralysie générale et sur l'aphasie.

Dans un autre ordre d'idées, les chapitres sur le traitement de la folie, la colonisation des aliénés, les aliénés dangereux, une étude très sérieuse sur la réorganisation des services d'aliénés et une autre plus récente sur des établissements d'aliénés en Hollande, font très apprécier les idées de l'auteur sur le traitement et l'administration. Enfin la collection des rapports médico-légaux de l'auteur, qui forment la moitié du second volume, prouve que M. Billod ne s'est désintéressé d'aucune des questions concernant l'aliénation mentale. CHARPENTIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Recherches d'anatomie comparative et d'anatomie philosophique sur les caractères du crâne et du cerveau; par L. MANOUVRIER. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude de l'atrophie cérébrale infantile; par DELHOMME. Thèse de Paris, 1882.

Du traitement de l'épilepsie; par BOYÉ. Thèse de Paris, 1882.

Sur l'angine de poitrine; par AUBRY. Thèse de Paris, 1882.

Des crises douloureuses qui peuvent se montrer sur les voies urinaires et dans les organes génitaux au cours de l'ataxie locomotrice; par QUEUDOT. Thèse de Paris, 1882.

Essai sur abcès spontanés du cerveau; par GUILLEVIC. Thèse de Paris, 1882.

De la chute des ongles dans les affections nerveuses et en particulier dans l'ataxie locomotrice; par POUGET. Thèse de Paris, 1882.

Observations de mal perforant annonçant le début d'une affection spinale; par BLANCHARD. Thèse de Paris, 1882.

De la tétanie; par DELCROIX. Thèse de Paris, 1882.

Considérations sur les attaques apoplectiformes et épileptiformes de la paralysie générale; par A. BROQUERRE. Thèse de Paris, 1882.

Contribution à l'étude pathogénique du saturnisme cérébro-spinal; par CHARLIER. Thèse de Paris, 1882.

Névralgie vulvo-vaginale; par PARMILLEUX. Thèse de Paris, 1882.

De la névralgie circonflexe ou axillaire; par Héon. Thèse de Paris, 1882.

Des diverses hémorrhagies consécutives aux lésions des centres nerveux; par Langlois. Thèse de Paris, 1882.

Etude sur la méningite aiguë des buveurs et en particulier sur la méningite dans le delirium tremens; par Rabjeau. Thèse de Paris, 1882.

Schädelmessung; *kranio und kephalometrie*; von Benedikt. (Sep. abd. a. d. Real-encyclopädie des gesammten heilkunde.)

Contribution à l'étude des hallucinations de la sensibilité; par H. Arnal. Thèse de Lyon, 1882.

Du délire ambitieux; par Paris. Thèse de Nancy, 1882.

De la lèpre; par Hahn. Thèse de Nancy, 1882.

Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques; par Rougier. Thèse de Lyon, 1882.

Des indications du trépan dans les épanchements intra-crâniens consécutifs aux traumatismes; par Joire. Thèse de Lille, 1882.

Contribution à l'étude des formes frustes de l'ataxie locomotrice; par Martin. Thèse de Bordeaux, 1882.

Contribution à l'étude de la crête auditive chez les vertébrés; par Ferré. Thèse de Bordeaux, 1882.

Contribution à l'étude de l'abcès cérébral idiopathique; par Stahl. Thèse de Nancy, 1882.

Des hémitremblements præ et postparalytiques; par Ricoux. Thèse de Nancy, 1882.

FAITS DIVERS

Asile public d'aliénés de maréville. — Le mode de recrutement des internes de l'asile vient d'être modifié. Jusqu'à ce jour, les élèves étaient nommés directement par le Préfet. Le concours vient d'être établi. — Un arrêté préfectoral règle comme suit le nouveau mode de recrutement des internes de cet asile : les élèves internes sont nommés par le Préfet, sur une liste dressée d'après les résultats du concours, et comprenant un nombre de candidats triple de celui des vacances à remplir. L'ouverture de chaque concours, autant que le permettront les nécessités du service, sera annoncée deux mois à l'avance.

Sont admis à concourir : les étudiants en médecine français et

justifiant d'au moins douze inscriptions de doctorat. Les candidats déposeront leur demande à la Préfecture dix jours au moins avant l'ouverture du concours et devront joindre : 1° leur acte de naissance; 2° un certificat du maire de leur domicile établissant leur qualité de Français; 3° un certificat constatant qu'ils possèdent au moins douze inscriptions de doctorat; 4° un certificat de bonne vie et mœurs. — La liste des candidats, arrêtée par le préfet, sera transmise au doyen de la Faculté de médecine.

Les épreuves du concours seront les suivantes : 1° une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie (trois heures seront accordées pour cette rédaction); 2° une épreuve clinique consistant dans l'examen de deux malades, choisis l'un dans un service de médecine, l'autre dans un service de chirurgie (quinze minutes seront accordées pour l'examen de chaque malade, et dix minutes pour chaque compte-rendu oral, après cinq minutes de réflexion); 3° une épreuve de petite chirurgie, saignée, cathétérisme, bandages et appareils. Le jury déterminera la durée de cette épreuve. Les concours ont lieu au siège de la Faculté de médecine, comme pour les concours d'internat des hospices civils de Nancy. Les juges du concours sont trois professeurs désignés par la Faculté. Le concours terminé, la liste des candidats classés par ordre de mérite, avec les propositions du jury sera adressée au Préfet par le Doyen de la Faculté. — C'est avec plaisir que nous enregistrons cette réforme, réclamée depuis longtemps. Il est vivement à désirer qu'elle se généralise.

Asile d'aliénés de Ville-Évrard. — M. le Dr Espiau de la Maëstre, médecin directeur de l'asile de Ville-Evrard, a été victime, le 11 octobre dernier, d'un accident qui aurait pu avoir les plus tristes conséquences. Un malade, B..., atteint du délire de persécution, l'a saisi par derrière et a essayé de lui crever les yeux avec les doigts. L'œil droit a été le plus fortement atteint. Bien que le traumatisme offre une certaine gravité, on espère qu'il n'aura pas de conséquences sérieuses. Nous faisons les vœux les plus sincères pour le prompt rétablissement de M. le Dr Espiau de la Maëstre, un des médecins les plus dévoués de nos asiles d'aliénés.

Congrès international d'électricité. — Un second congrès international d'électricité sera tenu à Paris à partir du 15 novembre. Le gouvernement a alloué, pour son organisation, une somme de 90,000 fr. Les principaux objets du congrès sont, grâce à de nombreuses expériences, de déterminer des unités électriques, de se fixer sur les méthodes d'observation de l'électricité de l'atmosphère, et de réunir les statistiques relatives aux conducteurs de la lumière.

Société médico-psychologique. — Cette société, dans sa séance du 31 juillet 1882, a décidé de mettre au concours pour l'année pro-

chaine les deux questions suivantes. *Prix Aubanel*: Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence de notions sur les antécédents? Exposer ces caractères. — *Prix Belhomme* : Des moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon. — Au mois de novembre 1882, il sera ouvert à cette faculté un concours pour une place de chef de clinique des maladies mentales.

Concours pour l'internat en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en médecine dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne, à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse, dans Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 4 décembre 1882, à midis précis. Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en médecine, âgés de moins de trente ans et pourvus de douze inscriptions. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au secrétariat général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 2 au 18 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat de bonnes vie et mœurs ; 5° un certificat constatant qu'il est pourvu de douze inscriptions en médecine.

Le concours porte sur l'anatomie et la physiologie. — La durée des fonctions d'interne est de trois ans. — La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen. Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine, comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 fr. à l'asile Sainte-Anne et de 1,100 fr. aux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse.

Concours pour l'internat en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois d'interne en pharmacie dans les asiles publics d'aliénés de la Seine (Sainte-Anne à Paris; Ville-Evrard et Vaucluse dans Seine-et-Oise), sera ouvert le lundi 11 décembre 1882, à une heure précise. Pourront prendre part à ce concours tous les étudiants en pharmacie âgés de vingt ans au moins et de vingt-sept ans au plus. Les candidats devront se faire inscrire à Paris, au siège général de la préfecture de la Seine (bureau du personnel), du 9 au 25 novembre 1882 inclusivement.

Chaque candidat devra produire les pièces ci-après : 1° un acte de naissance ; 2° un extrait du casier judiciaire ; 3° un certificat de vaccine ; 4° un certificat de bonne vie et mœurs ; 5° des certificats constatant trois années d'exercice dans des pharmacies dont une dans la même maison.

Le concours porte sur la chimie, la pharmacie et l'histoire naturelle. La durée des fonctions d'interne est de trois ans. La répartition des internes dans les divers services d'aliénés se fait dans l'ordre de classement établi par le jury d'examen.

Les avantages attachés à la situation d'interne dans les asiles publics d'aliénés de la Seine comportent le logement, le chauffage, l'éclairage, la nourriture et un traitement fixe et annuel de 800 fr., à l'asile Sainte-Anne, et de 1,100 fr. aux asiles de Ville-Evrard et de Vaucluse.

QUARTIER D'ALIÉNÉS DE L'HOSPICE SAINT-JACQUES, A NANTES. — Il possède en tout 800 malades, dont 450 femmes environ. — Il y a aussi quelques enfants arriérés ou idiots, disséminés dans les services : neuf garçons et quatre filles actuellement. Aucune instruction ne leur est donnée.

Les malades sont employés à des travaux de culture, de jardinage. — Comme moyens de coercition, on emploie la camisole de force, le système cellulaire, les douches, les bains prolongés, généralement pendant trois heures, quelquefois quatre heures. Les bains sont installés d'une façon très précaire.—La thérapeutique est assez réduite. Le service médical comprend six internes en médecine (aucun en pharmacie), dont trois sont nommés au concours des hôpitaux de Nantes, et sont alors affectés aux sections de vieillards et de médecine proprement dite (infirmerie). Il existe un service de varioleux, avec un interne des hôpitaux ; ce service est presque toujours vide. — Les trois autres internes, dits internes aliénistes, sont nommés directement par le ministre de l'intérieur, sans concours. L'asile va prochainement être agrandi, et l'on en profitera pour apporter quelques perfectionnements dans les sections.

ECOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DE L'ASILE SAINTE-ANNE. — Les cours ont commencé le mardi 24 octobre 1882, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre de l'Admission, et se continueront les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Programme pour l'année 1882 : hygiène, administration, pansements, petite chirurgie et applications hydrothérapiques, physiologie, anatomie, rapports de l'infirmier avec l'aliéné dans les différentes formes mentales, petite pharmacie.

Ces cours se font sous la direction de MM. Bouchereau, Dagonet, Magnan, médecins en chef, et Quesneville, pharmacien en chef de l'asile Sainte-Anne. — Les personnes étrangères à l'établissement qui désirent suivre ces cours gratuits doivent se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la direction de l'asile.

TABLE DES MATIÈRES

Absinthisme chronique (études cliniques sur l'), par Gautier, 263.
Albuminurie dans les maladies cérébrales, 138; — comme symptôme de l'accès d'épilepsie, par Fiori, 224.
Aliénation, 229.
Aliénation mentale chez un sujet atteint d'anémie et de cachexie palustre, par J. Mickle, 104.
Aliénés criminels, 122, 127, 238, 239.
Aliénés (considération sur l'hygiène des), par Pomponne, 264.
Aliénées (recherches cliniques sur la fréquence des maladies sexuelles chez les), par Danillo, 171.
Aliénés incurables et tranquilles, 143,
Aliénés (incidents d'ordre chirurgical chez les), 134.
Aliénés (éducation des), 391.
Aphasie, 96.
Aphasie traumatique, 374.
Aphasiques (capacité de tester des), 132.
Asiles d'aliénés (aménagement et disposition), 133.
Asiles d'aliénés d'Australie et d'Asie, 250.
Asiles d'aliénés, nominations, 268.
Asiles d'aliénés de Vaucluse et de Ville-Evrard, 142, 402; — de Clermont, 142; — de Maréville, 401; — de Saint-Jacques, à Nantes, 404; — Concours pour l'internat dans les, 403.
Assassin (l') Guiteau, 271.
Assassinats par des aliénés, 143.
Ataxie locomotrice (note sur l'un des symptômes de l'), par Mortimer Granville, 219.
Ataxie locomotrice (une famille atteinte d'), par Gowers, 90.
Ataxie locomotrice d'origine syphilitique (tabes. spécifique), par Fournier, 139.
Ataxie locomotrice différenciée des troubles fonctionnels qui la simulent, 377.
Ataxie locomotrice suite de variole, 379.
Ataxie locale des extrémités supérieures avec éphidrose, 253.
Ataxiques (description de quelques pièces relatives aux lésions osseuses et articulaires des), conservées an musée anatomo-pathologique de la Salpêtrière, par Ch. Féré, 202.
Atropine comme agent sédatif, 390.
Auscultation des parois du crâne, 117.
Auscultation de la parole à la surface de la tête, par Adriani, 225.

Bains dans les hôpitaux et les asiles, 270.
Bilatérale (la fonction), et la sinapiscopie, par Adamkiewicz, 89.

Cerveau (Lésion grave du — guérison), par Wood, 221.
Cerveau d'un typhique, 257,
Cerveau (caractères propres aux lésions de l'écorce du), 254.
Cerveau (des métastases des inflammations de l'oreille sur le), 375.
Cerveau (localisation des tumeurs de l'écorce du), 381.
Cerveau (casuistique des blessures du), 125.
Cerveau (températures inférieures des malades atteints d'une lésion du), 88.
Cerveau (altérations anatomiques du — dans les maladies infectieuses), par Rosenthal, 89.

Cerveau (note sur le développement du — considéré dans ses rapports avec le crâne), par Féré, 365.
Chorée (folie associée à la), 393.
Conceptions délirantes, 255.
Conceptions irrésistibles, par Wille, 230.
Colonies d'aliénés, 135.
Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, 131.
Connaissance (maladies de la), par Weiss, 234.
Contraction paradoxale, 372.
Côtes fracturées dans les asiles anglais, par Linsay, 95.
Courants continus (note sur l'action des) au point vue physiologique et pathologique, par Estorc, 145.

Délire mélancolique (rapport médico-légal sur un cas de), par Magnan, 47.
Délire des négations, par Cotard, 152, 282.
Dessiccation du cerveau, 249.
Diabétiques (Des troubles nerveux observés chez les), par Bernard et Féré, 336.
Divorce et aliénation mentale, 120, 239, 243.

Ecriture dans la paralysie générale, par Schule, 230.
Epilepsie (Importance du diagnostic précoce de l'), 378.
Epilepsie gastrique, 378.
Epilepsie (Pathogénie de l'), par Chirone, 223.
Epilepsie (albuminurie comme symtôme de l'accès d'), 224.
Epileptiques (note sur l'état de la pupille chez les — en dehors des attaques), par Marie, 42.
Epileptique (cerveau d').
Epileptiques (accidents déterminés par les fractures chez les femmes), par Terrier et Luc, 87.
Experts aliénistes et responsabilité criminelle, 397.

Folie, 96.
Folie associée à la chorée, 393.
Folie morale, 388.
Folie postépileptique, par Sommer, 92.
Folies périodiques, 129.
Folie avec conscience (recherches sur la), par Marandon de Montyel, 188.
Folies (classificaton des), par Delasiauve, 1.
Forces (état des) chez les hémiplégiques, par Pitres, 26.

Ganglions périphériques, 367.
Gaucher aphasique, 121.
Goître exophthalmique, par Panas, 86.

Hallucinations unilatérales, 117.
Hallucinations dans la paralysie générale, considérées spécialement dans leurs rapports avec les localisations cérébrales, 396.
Hémiataxie posthémiplégique, par Ugo Bassi, 224.
Hémianopsie, 254.
Hémiplégie (note sur un cas d') avec paraplégie spasmodique, par Féré, 61,
Hémiplégiques (état des forces chez les), par Pitres, 26.
Hyoscyamine, 137, 235,
Hystérique (paraplégie — chez un enfant), 380.
Hystéro-épilepsie, par Mills, 222.

Idiote (cerveau d'), par Reinhard, 248.
Idiots (éducation des), par Davis, 104.
Impulsions sexuelles perverties (importance médico-légale des), 131.
Infectieuses (altérations anatomiques du cerveau dans les maladies —), 89.
Insula (les lésions du lobule de l') par Perdrier, 262.
Invalides psychopathiques de la guerre de 1870-71, par Schwaab et Frœhlich, 233.
Iris (centre cortical de l') chez les oiseaux, par Œlh, 226.

Leptomémingitis hémorrhagica, présentant les symptômes de la paralysie progressive, par Bechetrew, 90.

Maladie de Ménière (note sur la — et en particulier sur son traitement par la méthode de M. Charcot), par Féré et Demars, 220; — par Gellé, 273.
Maladies mentales aiguës et curables (traitement des), par Burmann, 95.

Maladies mentales et nerveuses par Billod (bibliographie), 399.
Maladies mentales (influence des maladies aiguës sur la génèse des), par Krœpelin, 105.
Manie avec prédominance des hallucinations de l'ouïe (guérison au bout de trois ans d'un accès de —), 391.
Ménière (Etude clinique du vertige de — dans ses rapports avec les lésions des fenêtres ovale et ronde), par Gellé, 273.
Microcéphalie (notes et observations sur la —), par Bourneville et Wuillamié, 52.
Moelle (lésions unilatérales de la), 369.
Moelle (affections de la), localisation, 395.
Moelle (dégénérescence funiforme des cordons postérieurs de la) accompagnée de méningo-myélite en foyers), 383.
Moelle épinière (sarcome de la), à marche latente siégeant au point d'émergence du plexus brachial, par Adamkiewicz, 323.
Moelle épinière (sur les vaisseaux de la), par Adamkiewicz, critique par Duret, 357.
Monomanie religiense (discussion à propos d'une prétendue) — par Delasiauve, 1.
Monument à Darwin, 271.
Morphinisme, par Fr. Müller, 97.
Mutilation chez un mystique, 270.
Myélite (deux cas de —), 382.

Nécrologie : Lagardelle, 143.
Négations (délire des), 152, 282.
Nerveux. 372.
Nerveux (troubles — observés chez les diabétiques), par Bernard et Féré, 336.
Névroses (traité des), par Axenfeld et Huchard, 260.
Nominations, 268.

Œdème cérébral circonscrit comme cause de symptômes de lésions en foyer, 256.
Oreille (des métastases des inflammations de l'—sur le cerveau), 375.

Pacchioni (granulations de), 368.
Paralysie agitante (essai sur une forme rhumatismale de la), par Vesselle, 263.
Paralysie générale (réflexe tendineux dans la), 387.
Paralysie générale et traumatisme, dans leurs rapports réciproques, par Vallon, 398.
Paralysie progressive périodique, 150.
Paralysie spasmodique (note sur un cas d'hémiplégie avec), par Féré, 61.
Périencéphalite purulente consécutive à une infection septique, 126.
Prix Esquirol, 237 ; — Aubanel, 237 ; — Belhomme, 117.
Protubérance (affection de la), par Remak, 249.
Psychopathies chroniques (procédé pour couper les accès d'agitation chez les malades atteints de — à l'aide des injections de quinine et de bromure de potassium), 386.
Pupille (note sur l'état de la), chez les épileptiques en dehors des attaques), par Marie, 42.

Réflexe tendineux dans la paralysie générale. 387.
Responsabilité criminelle, 397.
Responsabilité des faibles d'esprit, 117.
Rhéostats à manivelle, 253.

Sarcome de la moelle épinière, par Adamkiewicz, 323.
Sclérose latérale primitive à issue insolite, par Westphal, 247.
Sens génital (inversion du), — et autres perversions sexuelles, par Charcot et Magnan, 296.
Sensitif (le faisceau), et les troubles de la sensibilité dans les cas de lésions cérébrales, par Ballet, 67.
Sexuelles (recherches cliniques sur la fréquence des maladies — chez les aliénées), par Danillo, 171.
Sexuelles (perversions), 296.
Sinapiscopie, 89.
Société de psychiâtrie et psychologie légales de Vienne, 256 ; — Société médico-psychologique, 116 236 ; — Société psychiâtrique de Berlin, 122 ; — Société dé psychiâtrie et des maladies nerveuses de Berlin, 246.
Statue de Ph. Pinel, 142.
Stupeur, 258.

Tabac (société contre l'abus du), 142.
Tabes incipiens, par Erlenmeyer, 236.
Températures inférieures des malades atteints d'une lésion cérébrale, par Sklowsky, 88.
Température (basse), par Kasyreff, 88.
Thomsen (Maladie de), par Westphal, 246.
Transfert (une application pratique du), 371.
Tumeurs du cerveau (localisation des), 381.
Ventricules cérébraux (études sur les hémorrhagies primitives, immédiates ou directes, des), par Sanders, 227.
Zones hystérogènes (recherches sur les), par Gaube, 265.

TABLE

DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS

Adamkiewicz, 89, 323, 357.
Adriani, 225.
Allen, 374.
Andrews, 376.
Axenfeld, 260.

Bacon, 391.
Ball, 120.
Ballet, 67.
Barrs, 380.
Bassi (Ugo), 224.
Bechetrew, 90.
Benno, 130.
Bernard (D.), 87, 88, 221, 336, 367.
Billod, 96, 116, 243, 399.
Binswanger, 246.
Bourneville, 52.
Briand, 121, 246.
Burmam, 95.

Charcot, 296.
Charpentier, 95, 96, 97, 227, 230, 400.
Chirone, 223.
Cotard, 152, 282.

Dally, 121.
Danillo, 171.
Davis, 104.
Delasiauve, 1.
Demars, 220.
Duret, 357.

Erlenmeyer, 226, 372.
Estorc, 145.

Falret, 239.
Féré (Ch.), 61, 91, 141, 202, 220, 262, 263, 264, 265, 267, 336, 365, 378, 379, 388, 399.
Fiori, 224.
Fournier, 139.
Fox (J.), 391.
Franck (S.), 372.
Frensberg, 133.
Frœhlich, 233.

Gasquet, 388, 390.
Gaube 265.
Gautier, 263.
Gellé, 273.
Gilles de la Tourette, 375, 380, 381,
Gowers, 90.
Granville (Mortimer), 219.

Henderson, 379.
Hollœnder, 256, 258.
Huchard, 260.

Jolly, 132.

Kaiser, 371.
Kasyreff, 88.
Kéraval (P.), 95, 116, 127, 131, 139, 233, 234, 235, 255, 260, 367, 369, 382, 383, 385, 387.
Kirn, 131.
Koch, 229.
Kohn, 386.
Kretz, 137.
Krœpelin, 105.

Landerer, 135.
Linsay, 95.
Lœhr, 139, 318.
Luc, 87.

Magnan, 47, 296.
Marais, 117.
Marandon de Montyel, 188.
Marie, 42, 223, 224, 225, 235, 236.
Maygrier, 104.
Mendelssohn, 88, 89, 90.

Meynert, 257.
Mickle, 104, 295, 296.
Mills, 222.
Moëli, 382.
Monakow, 381.
Motet, 116, 117.
Müller, 97.
Musgrave-Clay (R. de), 105, 220, 222, 223, 229, 390, 391, 393, 394, 395, 397, 398.

Niermeyer, 367.

Œlh, 226.

Panas, 86.
Perdrier, 262.
Pitres, 26.
Pommay, 378.
Pomponne, 264.

Reinhard, 248.
Remak. 249.
Richer (P.), 262.
Richter (de Dalldorf), 125, 126, 254.
Richter (de Pankow), 255.
Rieger, 138.
Ritti, 238.
Riva, 235.
Rockwell, 377.
Rosenthal, 89.

Sanders, 227.
Schrœter, 122, 127.
Schule, 134, 230.
Schulz, 369.
Schwaab, 223.
Seguin, 378.
Shaw, 387.
Sklowsky, 88.
Sommer, 92.
Steinen (von den), 251.

Talamon (C.), 377, 378.
Terrier, 87.
Tuke (Hack), 397.

Vallon, 398.
Vesselle, 363.
Vigouroux (Romain), 371, 372, 374.
Voisin, 117.

Weiss (J.), 234.
Wernicke, 253.
Westphal, 246, 247, 254.
Wiglesworth, 393.
Wille, 230.
Wood (W.), 221.
Wolff (Y.), 383.
Wuillamié, 52.



lith. Imp. Becquet Paris

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE PREMIÈRE

Face convexe de l'hémisphère gauche.

F^1, F^2, F^3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
F. a., frontale ascendante.
P. a., pariétale ascendante.
P^1, P^2, lobules pariétaux, supérieur et inférieur.
P^3, pli courbe.
T^1, T^2, T^3, circonvolutions temporales.
L. O., lobe occipital.

PLANCHE II

Face interne de l'hémisphère gauche.

C. c., corps calleux.
C. c., circonvolution du corps calleux.
F^1, première circonvolution frontale.
H., circonvolution de l'hippocampe.
L. P., lobule paracentral.
L. C., lobe carré.
L. C., coin.
L. O., lobe occipital.
T^4, T^5, quatrième et cinquième circonvolutions temporales.



A. Leuba lith.

Imp. B[illegible]

PLANCHE IV

Résistance électrique comparée des deux côtés du corps chez des hystériques atteintes d'hémianesthésie. — indique le côté le plus sensible; ----- indique le moins sensible.

1° Ka... (Eva). — Hémianesthésie gauche; résistance plus grande du côté malade à une première application (*tracé* 1), s'atténuant progressivement aux applications ultérieures (*tracé* 2), et finissant par devenir égale à celle du côté sain (*tracé* 3).

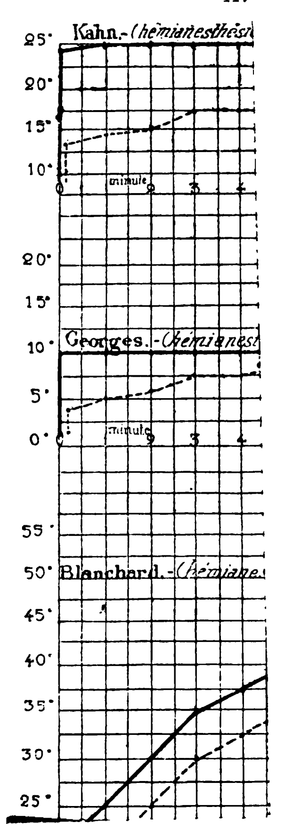
2° Geor... (Louise). — Hémianesthésie droite: résultats analogues en quatre électrisations successives.

3° Blanch... — Hémianesthésie gauche: résultats analogues en trois électrisations successives.

4° Blanch... — Après transfert: résultats analogues renversés.

5° Gall... — Hémianesthésie gauche: résultats analogues en deux électrisations successives.

6° Gall... — Hyperesthésie gauche: résultats analogues renversés, en trois électrisations successives.



Kahn.-(hémianesthésı
25°
20°
15°
10°
0
minute
2
3
4
20°
15°
10°
Georges.-(hémianest
5°
0°
minute
2
3
4
55°
50°
Blanchard.-(hémiane
45°
40°
35°
30°
25°

PLANCHE V

Les cinq premières figures représentent des coupes successives (de haut en bas) de la moelle au niveau de la tumeur.

Fig. 1. — Augmentation du volume de la moelle antérieure de la corne antérieure gauche sans altération de structure.

Fig. 2. — La corne antérieure gauche offre une densité plus grande et une moindre transparence.

Fig. 3. — Tumeur de la corne antérieure, entourée d'une fine capsule de tissu conjonctif.

Fig. 4. — Développement complet de la tumeur constituée par des pelotons entremêlés (coloration au violet de gentiane).

Fig. 5. — Noyau de consistance osseuse constitué par des concrétions cristallines.

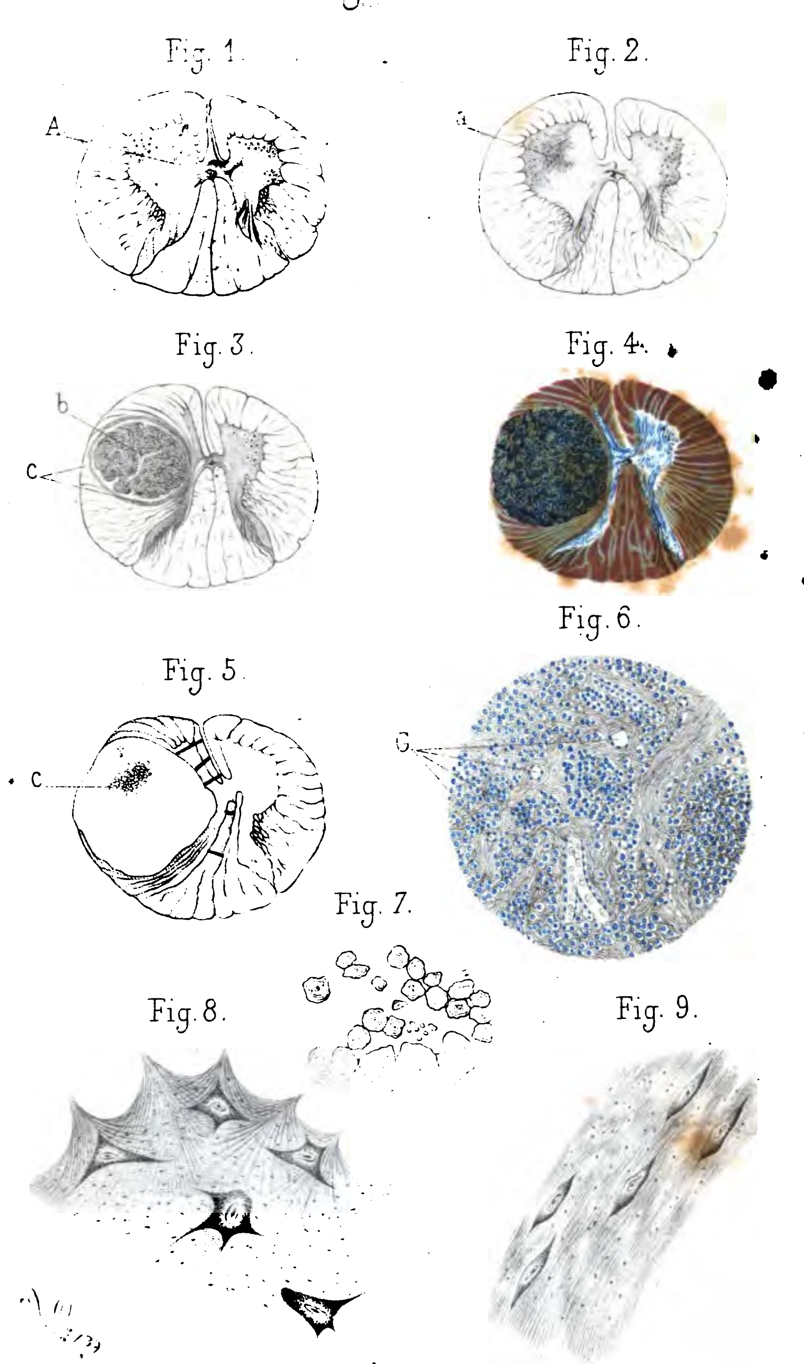
Fig. 6. — Grossissement de la tumeur (*fig.* 4).

Fig. 7. — Concrétions cristallines à couches concentriques (de la *fig.* 5).

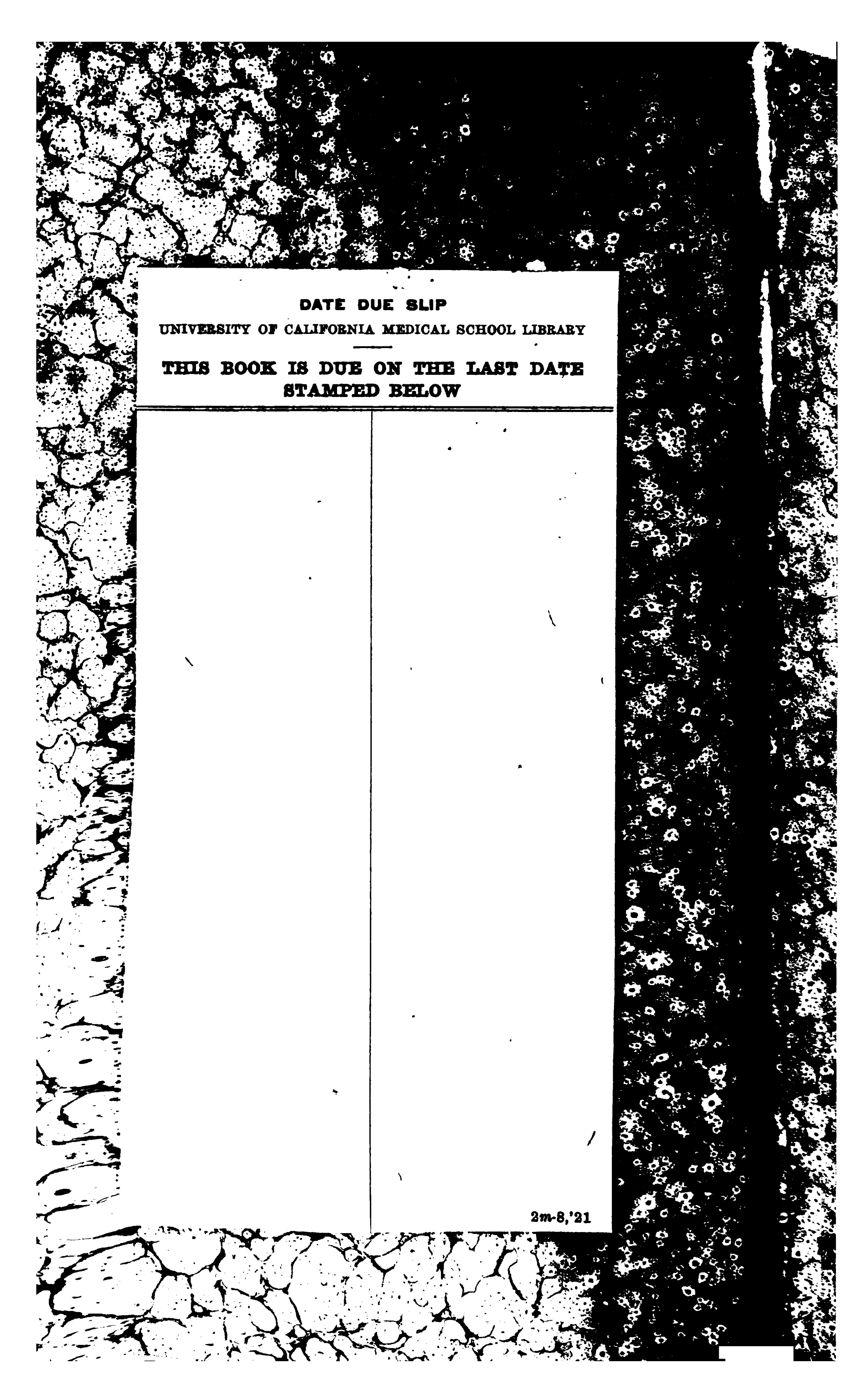
Fig. 8. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté droit.

Fig. 9. — Représentant une portion de la colonne grise antérieure du côté gauche.

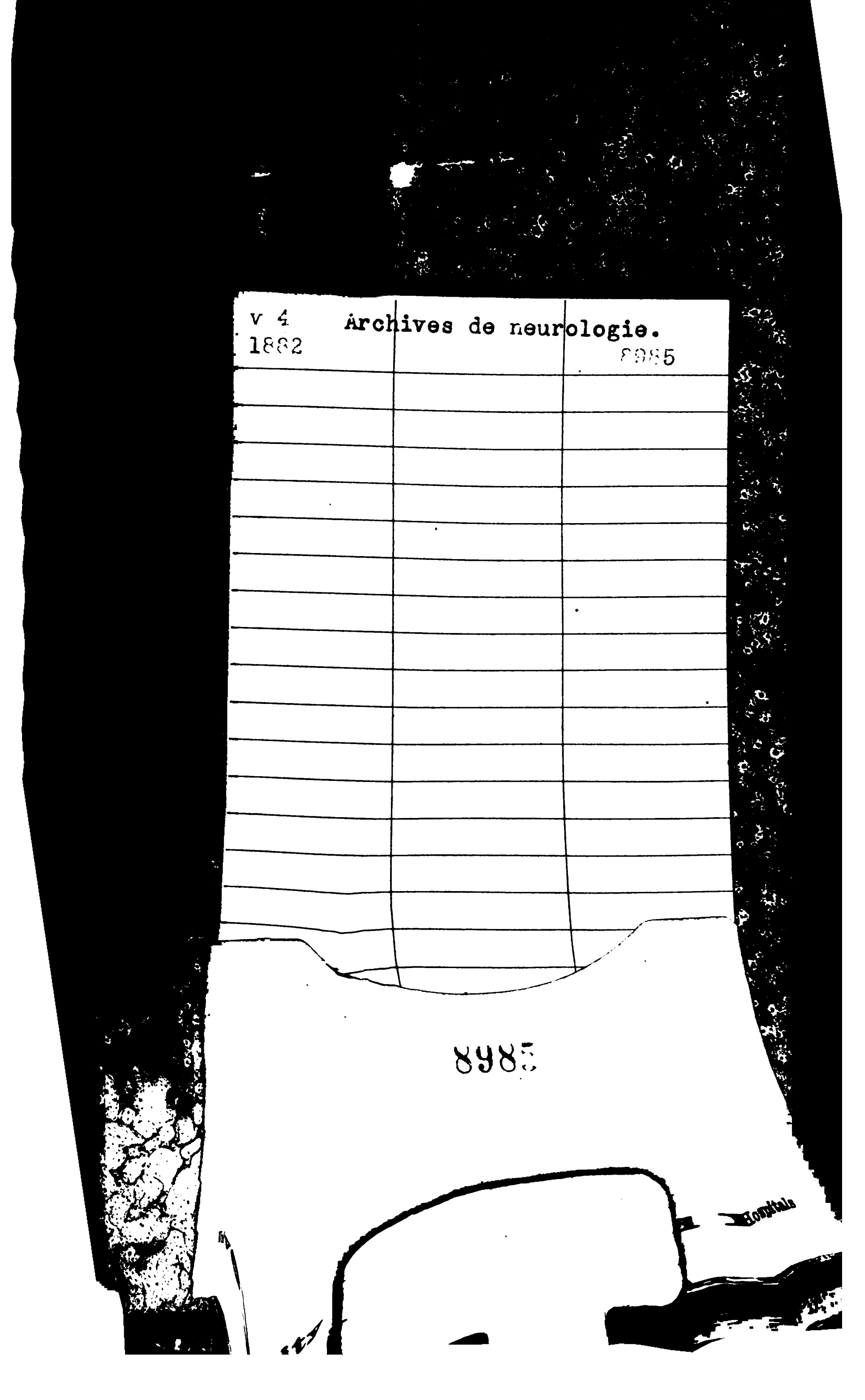
Évreux. Ch. Hérissey, imp. — 1182



Imp. Becquet, Paris



DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY
THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW
2m-8,'21


v 4
1882
Archives de neurologie.
8985
8985
Hospitals